الرعاية الإجتماعية للمعوقين في العالم العربي



الأستاذ الدكتور

محمد سيد فهمي



تليفاكس : ٥٢٧٤٤٣٨ / ٠٣ - الإسكندرية


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
تليفاكس: ٥٣٧٤٤٣٨/٠٣ الإسكندرية


الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
تليفاكس: ٠٣/٥٢٧٤٤٣٨ الإسكندرية

الرعاية الاجتماعية للمعوقين في العالم العربي

الأستاذ الدكتور

محمد سيد فهمى

أستاذ ورئيس قسم المجالات

بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية

بالإسكندرية

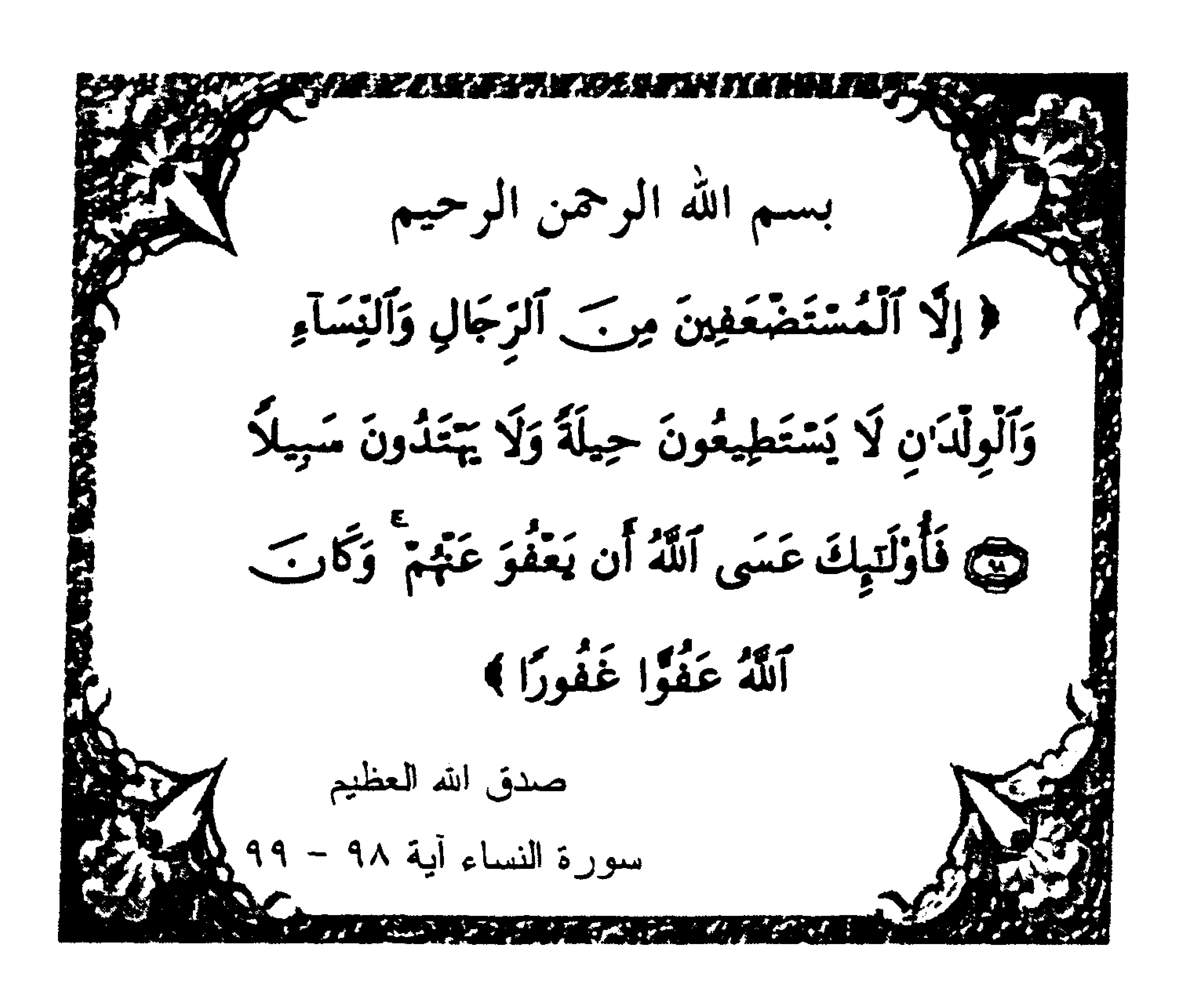
الطبعة الأولى

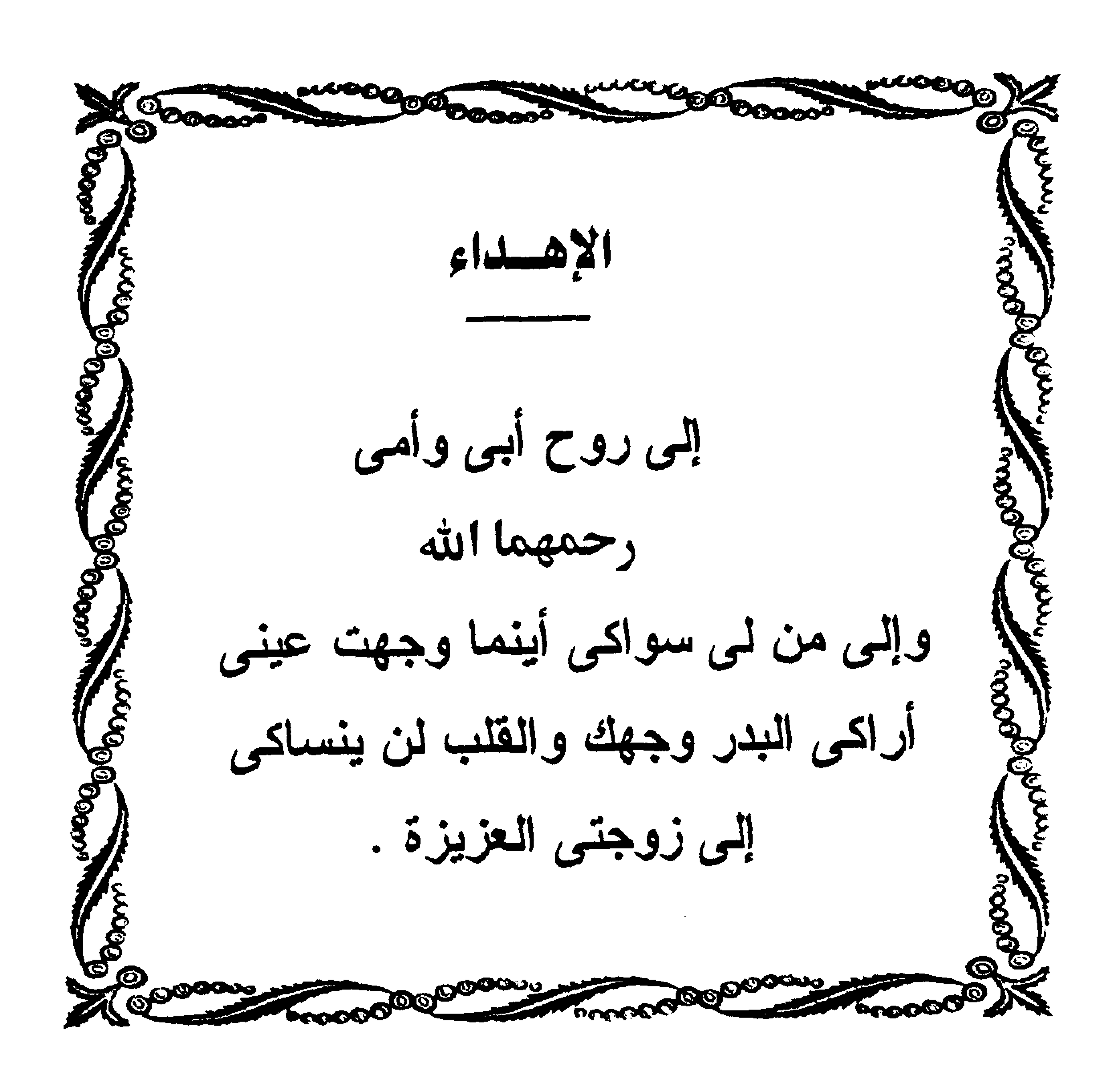
٢٠١٠ م

الناشر

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس : ٥٢٧٤٤٣٨ - الإسكندرية


بسم الله الرحمن الرحيم
﴿ إِلَّا ٱلْمُسْتَضْعَفِينَ مِنَ ٱلرِّجَالِ وَٱلنِّسَآءِ
وَٱلْوِلْدَٰنِ لَا يَسْتَطِيعُونَ حِيلَةً وَلَا يَهْتَدُونَ سَبِيلًا
٩٨ فَأُوْلَٰٓئِكَ عَسَى ٱللَّهُ أَن يَعْفُوَ عَنْهُمْۚ وَكَانَ
ٱللَّهُ عَفُوًّا غَفُورًا ﴾
صدق الله العظيم
سورة النساء آية ٩٨ - ٩٩



الإهــداء

إلى روح أبى وأمى

رحمهما الله

وإلى من لى سواكى أينما وجهت عينى

أراكى البدر وجهك والقلب لن ينساكى

إلى زوجتى العزيزة .

مقدمة الكتاب

يعتبر العنصر البشرى هو قوة الدفع الحقيقية لعملية التنمية، ومن هنا كان الاهتمام بضرورة تنمية الموارد البشرية على أساس أن الإنسان هو غاية عملية التنمية وفى نفس الوقت وسيلتها.

ولقد كانت بداية الاهتمام فى الآونة الأخيرة بالعنصر البشرى هو ما أثاره "شولتز" من أن الاستثمار فى رأس المال البشرى يمكن أن يفسر ظاهره نمو الإنتاج بدرجة تفوق الزيادة فى العمل ورأس المال.

ويعتبر تأهيل المعوقين أحد عنصر الاستثمار البشرى باعتبارهم فئة من فئات المجتمع تعطلت طاقاتها نتيجة الإصابة بخلل فى أحد أجهزة الجسم، ولذلك أصبح الاهتمام بالمعوقين – مع مطلع الألفية الثالثة – ضرورة ملحة تعويضاً لهم عما يعانونه من عجز جزئى أو كلى، وتمكينهم من الحياة الطبيعية المنتجة، وتدعيماً لمساعدتهم فى الحصول على حقوقهم المهضومة، وتحقيقاً لما أعلنته لجنة حقوق الإنسان فى ميثاق هيئة الأمم المتحدة من أن مجموع أفراد الجنس البشرى ولدوا أحراراً متساوين فى كرامته وحقوقهم، وتطبيقاً لما حثت عليه الشرائع السماوية من ضرورة الرعاية والعناية بالمعوقين.

فالمعوق هو إنسان أصيب بالإعاقة بالرغم منه، وهو كفرد له حقوقه الكاملة للمشاركة فى الحياة الاجتماعية، ولذلك أصبح من الأهمية بمكان تأهيله لاستعادة أقصى قدراته البدنية وتكيفه النفسى والاجتماعى بما يتناسب ونوع الإعاقة التى يعانى منها، وبحيث يستطيع أن يحيا الحياة الكريمة التى يرضى عنها، وفى المستوى اللائق بكرامته كإنسان وبحيث يستطيع أن يشارك فى عملية تنمية مجتمعه وتطوره، ويعتبر ذلك من قبيل استثمار

للموارد البشرية المعطلة لتحويلها إلى طاقة إنتاجية تشارك بفاعلية فى تقدم المجتمع.

والوطن العربى الكبير مهبط الديانات السماوية التى حثت على رعاية المعوقين والاهتمام بهم، وتوفير سبل العناية لهم، هذا الوطن عانى من تحولات وتغيرات شديدة التعقيد عبر تاريخه الطويل، إلا أن المطبات السياسية جعلت العديد من دولة تنزلق فى حروب متعددة سواء كانت أهلية أو مع عدو خارجي، بالإضافة إلى تفشى الأمية والأمراض فى كثير من بقاعه، كل ذلك أدى إلى زيادة أعداد المعوقين به، مما تطلب وضع خطط قومية لمساعدة المعوقين ورعايتهم وتأهيلهم.

ولذلك يحاول هذا الكتاب التعرض لواقع برامج رعاية المعوقين فى دول الوطن العربى من أجل تحديد مناطق القوة فى هذه البرامج لتدعيمها ومناطق الضعف فيها لعلاجها، ولذلك تنقسم فصول هذا الكتاب إلى تسعة عشر فصلا يتناول الفصل الأول منها مدخل معرفى لتحديد مفهوم المعوّق، وحجم مشكلة الإعاقة فى الوطن العربى، والأسباب التى تؤدىّ للإصابة بالإعاقة. ويعرض الفصل الثانى لأنواع الإعاقات الجسمية مثل شلل الأطفال، والإقعاد، وأمراض القلب، والدرن، والسرطان. ويشرح الفصل الثالث لأنواع الإعاقات الحسية مثل المكفوفين، والصم والبكم. ويختص الفصل الرابع بأنواع الإعاقات العقلية مثل الفصام، والبرانويا، وذهان الهوس والاكتئاب، وذهان الشيخوخة. أما الفصل الخامس فيتناول دور الأسرة العربية مع الأطفال شديدى الإعاقة مثل القصور الذهنى، وحالات الروموتيد، وحالات سيولة الدم، وحالات الشلل المخى، وحالات الصرع. ويعرض الفصل السادس لرعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية. ويشرح الفصل السابع رعاية المعوقين فى المملكة العربية السعودية، ويختص الفصل الثامن برعاية المعوقين فى دولة الكويت. ويتناول الفصل التاسع رعاية المعوقين فى

جمهورية السودان. ويعرض الفصل العاشر لرعاية المعوقين فى الجماهيرية العربية الليبية. ويشرح الفصل الحادى عشر رعاية المعوقين فى الجمهورية العراقية. ويتناول الفصل الثانى شعر رعاية المعوقين فى دولة البحرين. كما يتناول الفصل الثالث عشر رعاية المعوقين فى دولة الإمارات العربية المتحدة. ويعرض الفصل الرابع عشر لرعاية المعوقين فى سلطنة عمان، ويتناول الفصل الخامس عشر رعاية المعوقين فى دولة قطر، ويعرض الفصل السادس عشر بصورة مختصرة لرعاية المعوقين فى الجمهورية اللبنانية، فى حين يتناول الفصل السابع عشر برامج رعاية المعوقين فى الجزائر، كما يعرض الفصل الثامن عشر رعاية المعوقين فى اليمن وأخيراً سيعرض الفصل التاسع عشر دراسة رعاية المعوقين فى تونس.

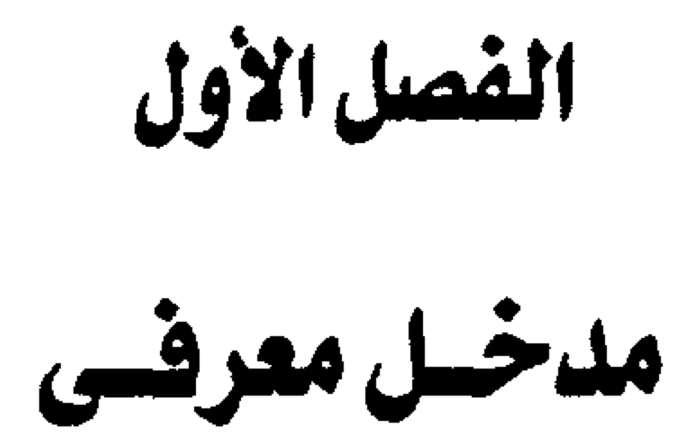
وأتمنى من الله عز وجل أن نكون قد وفقنا فى إلقاء الضوء على فئة من أشد فئات المجتمع العربى احتياجاً للرعاية والتأهل باعتبارهم جزء من نسيج المجتمع الكبير، وحتى لا يتحولوا إلى طاقة معطلة فى عملية الإنتاج.

والحمد لله الذى هدانا إلى هذا وما كنّا لنهتدى لولا أن هدانا الله.

الإسكندرية فى : ٢٠٠٩/١/١

دكتور

محمد سيد فهمى



الفصل الأول

مدخــل معرفــى

أولاً – مفهوم المعوق .

ثانياً – حجم مشكلة المعوقين فى العالم العربى .

ثالثاً – الأسباب التى تؤدى للإصابة بالإعاقة .

أولا : مفهوم المعوق:

تعددت التعريفات التى تتناول مصطلح المعوّق، واختلفت فيما بينهـا من حيث أوجه القصور ومسبباته، ومصطلح المعوّق لفظيا مشتق من الإعاقة أى التأخير أو التعويق. ويعرف محمد عبدالمنعم نوز المعوّق بأنه "المواطن الذى استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله فى أمسّ الحاجة إلـى عون خارجى ودعم مؤسسى على أسس علمية وتكنولوجيـة يعيـدها إلـى مستوى العادية أو على الأقل أقرب ما يكون إلى هذا المستوى".

ويعرف عبدالفتاح عثمان المعوّق "بأنه كل فرد يختلف عمّن يطلـق عليه لفظ سوى فى النواحى الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية إلـى الدرجـة التى تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقـصى مـا تسمح به قدراته ومواهبه".

وتعرف منظمة العمل الدولية المعوّق بأنه "كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصاً فعلياً نتيجة لعاهة جـسمية أو عقلية".

ويحدد صموئيل ويشك المعوّق بأنه "الفرد الذى لا يصل إلى مستوى الأفراد الآخرين فى مثل سنّه بسبب عاهة جسمية أو اضطراب فى سلوكه أو قصور فى مستوى قدرته العقلية".

أما قانون تأهيل المعوقين المصرى رقم ٣٩ لـسنة ١٩٧٥ فيعـرّف المعوّق بأنه "كل شخص أصبح غير قادر فى الاعتماد على نفسه فى مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، أو نقصت قدرته على ذلك لقصور عضوى أو عقلى أو حسى، أو نتيجة عجز خَلْقى منذ الولادة".

ويكشف البحث عن التحديد العربى لطبيعة المشكلة فمـثلاً نجـد أن الأردن قد حدد فى الندوة الثانية لاستراتيجية العمل الاجتماعى العربى عـام

١٩٨٠ فئات المعوقين بأنهم المكفوفين والمعوقون جسمياً والمعوقون عقلياً والصم والبكم، بينما يحدد العراق المعوّق بأنه "كل من نقصت أو انعدمت قدرته على العمل أو الحصول عليه أو الاستقرار فيه بسبب نقص أو اضطراب فى قابليته الفعلية أو النفسية أو البدنية"، كما يحدد القانون اللبنانى رقم ٧٣/١١ الصادر فى عام ١٩٦٤ المعوق بأنه" كل شخص نقصت إمكانياته فى القيام بعمل بسبب عجز أو نقص فى مؤهلاته الجسدية أو العقلية".

من التعريفات السابقة يمكن أن نصل إلى مجموعة من الحقائق :-

١- إن أساس الحكم على شخص ما بأنه معوّق من عدمه هو مدى مقدرة هذا الشخص على مزاولة عمله أو القيام بعمل آخر فإذا فقد المقدرة على ذلك يسمى معوّقاً.

٢- إن أنواع القصور التى تعرّض لها الإنسان إما أن تكون بدنية كفقد أجزاء من الجسم أو حدوث خلل أو تشوّه بها، وإما أن تكون عقلية كنقص فى القدرات العقلية، أو قد تكون حسية كفقد أو نقص حاسة من الحواس.

٣- إن أسباب القصور إما أن ترجع إلى حادث، أو مرض، أو أنها خلقية من الولادة.

٤- إن هذا القصور قد يؤدى إلى حدوث عاهة ما للفرد، وقد لا يؤدى إلى ذلك فإذا أدّى هذا إلى حدوثها يسمى هذا الفرد معوّقاً.

٥- إن الإصابة التى تحدث للفرد قد تعوقه عن التكيف مع مجتمعه أو بيئته التى يعيش فيها مما ينتج عنه عدم استقراره بنجاح فى حياته، وهذا بالتالى يؤدى إلى آثار اجتماعية سيئة بالضرورة.

٦- إن المعوقين هم مواطنون تعرضوا بغير إرادة إلى مسببات بدنية أو عقلية أو حسية أعاقتهم عن السير سيراً طبيعياً فى طريــق الحيــاة كغيرهم من الأسوياء.

أما عن مصطلح التأهيل فهو عبارة عن عملية إعادة تكيف الإنـسان مع البيئة، أو إعادة الإعداد للحياة، فإذا كان اختلال تكيف الإنسان مقتـصراً على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى (التأهيل الطبى) أى استعادة أقـصى مـا يمكن توفيره له من قدرات بدنية مثل حالات بتر الأطراف أو ضعف السمع أو البصر، أما إذا كان الإنسان فى حاجة إلى إعادة تكيفه من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى (التأهيل النفسى) حيث يتناوله الأخصائى النفسى بالتعاون مع الأخصائى الاجتماعى أو أخصائى التأهيل فى أغلــب الحــالات، وإذا كــان الاختلال فى التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق فإنه يحتاج إلى (التأهيل المهنى).

وعلى ذلك فقد وضعت منظمة العمل الدولية التعريف الآتى للتأهيــل المهنى للمعوقين: "إن التأهيل المهنى للمعوقين معناه ذلك الجانب من عمليــة التأهيل المستمرة المترابطة الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهنى والتدريب المهنى والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحــصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، وتختلف حالات الأفراد من حيــث مــدى حاجتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثــر من تلك الأنواع فى وقت واحد (النفسى – الطبى – الاجتماعى – المهنى)".

كما حدد قانون تأهيل المعوقين المصرى رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ مفهوم التأهيل فى الاتى : "يقصد بتأهيل المعــوقين تقــديم الخــدمات الاجتماعيــة والنفسية والطبية والتعليمية والمهنية التى يلزم توفيرهــا للمعــوق وأســرته لتمكينه من التغلب على الآثار التى تخلفت عن عجزه".

أما تصنيفات المعوقين فهى تتعدد وفقاً للعامل الذى يؤخذ فى الاعتبار عند التقسيم، فلو نظرنا إلى سبب العجز نجد أن هناك مجموعة من المعوقين لأسباب وراثية أو أسباب خلقية التى ترجع لإصابات الجنين أثناء الحمل وأثناء عملية الوضع، ومجموعة لأسباب حوادث العمل، ومجموعة أخرى لإصابات الحروب وهكذا.

وقد يصنف المعوقين بحسب عامل الزمن والثبات مثل مجموعة المعوقين، التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لا يرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارئ المائل للشفاء، وتختلف الأسس التى تقوم عليها تأهيل كل منهم.

كما أن هناك من يصنفهم إلى أصحاب عجز ظاهر وهم أصحاب الإعاقات البدنية أو الحسية كالمكفوفين والمقعدين والصم والتخلف العقلى . إلخ. وأصحاب عجز غير ظاهر وهم مرضى القلب والدرن والسرطان وغيرهم أى أصحاب الأمراض التى قد لا تبدو واضحة ظاهرة، وفى ذلك يحدثنا مارفين سوسمان أستاذ علم الاجتماع الأمريكى فى مؤلفه علم الاجتماع والتأهيل بأن تأهيل المعوقين يشير إلى الجهود المبذولة وفق قواعد هذا الفن مع عديد من الناس ممن أصابهم قصور بدنى أو حسى أو عقلى أو مجتمعى، فمنهم المعوقين بدنيا كالمبتورين والمرضى بأمراض مزمنة أو معوقة، وكالمشوهين فى قوامهم أو تركيبهم البدنى، ومنهم المعوقين حسيا كالمكفوفين والصم والبكم، ومنهم المتخلفون عقليا والمصابون بالأمراض العقلية والنفسية، ومنهم المدمنون على الخمر والمخدرات، وكذلك المعوقين اجتماعياً كالأحداث الجانحين والمشردين والمجرمين.

أما التصنيف الشائع بين العلماء فيقسمهم حسب مجال الإعاقة إلى الفئات الآتية :-

١- المعوقون جسميا وهم من لديهم عجز فى الجهاز الحركى أو البدنى بصفة عامة كالكسور والبتر وأصحاب الأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال والدرن والسرطان والقلب والمقعدين وغيرهم.

٢- المعوقون حسياً وهم من لديهم عجز فى الجهاز الحسى كالمكفوفين والصم والبكم وغيرهم.

٣- المعوقون عقلياً وهم مرضى العقل وضعافها.

٤- المعوقون اجتماعياً وهم الذين يعجزون عن التفاعل السليم مع بيئاتهم وينحرفون عن معايير وثقافة مجتمعهم كالمتشردين والجانحين والمجرمين وغيرهم.

والغرض من تصنيف المعوقين هو مواجهة احتياجاتهم التربوية والتأهيلية، وليس الغرض منه بأى حال من الأحوال أن يكون مجرد تصنيف إحصائى يدفع فريق من المواطنين بدافع معين أو ينسبهم إلى طبقة لها سماتها وأوصافها، لذلك وتمشياً مع فلسفة التأهيل واتجاهاته، ونظراً لأن أعداد من المعوقين يكون لديها أكثر من عائق كأن يكون بجانب العائق البصرى عائق آخر مثل الصم أو الإقعاد فإن الأمر يقتضى وضع قاعدة تبين المعاملة التأهيلية التى يعامل بها أصحاب الإعاقات المزدوجة، وكقاعدة تأهيلية عامة ينتمى كل من به إعاقة مزدوجة أو أكثر إلى الفئة ذات العائق الأشد، ويكون تأهيله ورعايته من اختصاص الهيئة التى لديها الكفاءة والإمكانيات للعناية بأكثر المعوقات تعويقاً.

ثانياً: حجم مشكلة المعوقين فى العالم العربى:

من المتفق عليه فى الأوساط العلمية والإحصائية العاملة فى مجال الإعاقة أن هناك صعوبة بالغة فى الوصول إلى تقدير إحصائى دقيق لحجم

مشكلة الإعاقة وتوزيعها حسب السن والجنس والوضع الاقتصادى والاجتماعى فى العالم.

والواقع أن معلوماتنا عن حجم مشكلة المعاقين فى العالم يحد من تكاملها ندرة المسوح والبحوث الميدانية التى أجريت فى العالم بصفة عامة وفى الدول النامية بصفة خاصة عن مدى انتشار مشكلة الإعاقة وتوزيعها. ومن جهة أخرى تقلل من دقة هذه البحوث الاختلاف الشائع فى تحديد المقصود بمفهوم الإعاقة (من هو الشخص المعوّق؟) واختلاف المعايير التى تستخدم فى توصيف الأفراد المعاقين وقصور بعض الأدوات التى يمكن استخدامها فى قياس نوع ودرجة بعض حالات الإعاقة (كما فى حالة التخلف العقلى وخاصة فى مرحلة المهد والطفولة المبكرة) وبالتالى الاختلاف فى طبيعة وتركيب حجم العقبات التى تجرى عليها الدراسة أو اختلاف المفاهيم التى تبنى عليها جداول التعداد العام للسكان التى ضمنتها قلة من الدول الصناعية بيانات عن الأفراد المعاقين. وبالتالى تصبح المقارنة متعذرة أو غير ممكنة أو غير دقيقة ومن ثم تصبح عديمة الدلالة.

لهذا يصبح من الضرورى محاولة الحصول على تقديرات تقريبية عن أعداد المعاقين، ولعل من الأدق محاولة الحصول على هذه التقديرات بالنسبة للعوامل المسببة للإعاقة حيث أن ذلك يمكننا من تخطيط برامج الوقاية وتعميم فاعليتها بالإضافة إلى أن تكون أساساً لتخطيط برامج الرعاية والتأهيل الشامل للمعاقين.

وبصورة تقريبية، قدرت هيئة الصحة العالمية فى ضوء نتائج هذه البحوث والدراسات المسحية عدد المعوقين فى العالم عام ٢٠٠٦ بما يقرب ٧٥٠ مليون حالة أى ما يقرب من ١٠% من سكان العالم وأن من بين هؤلاء على الأقل ٢١٠ مليون طفل يعيشون فى العالم الثالث ليس لديهم أى فرصة للاستفادة من برامج خاصة لرعايتهم وتأهيلهم.

هذا وقد ركزت معظم دول العالم الغربى وبعض الدول العربية فى دراستها على مشكلة التخلف العقلى ولهذا يمكن اعتبار النتائج التى توصلنا إليها نتيجة هذه البحوث على درجة عالية من الدقة.

بينت هذه البحوث أن نسبة التخلف العقلى تصيب فى المتوسط حوالى ٣% من أفراد المجتمع ولو أن هذه النسبة تزيد فى بعض الأحيان نتيجة سوء التغذية وقصور العوامل المحفزة لنمو الذكاء وذلك فى المجتمعات الفقيرة.

ومما يزيد من احتمالات صحة نتائج هذه البحوث أنها تتفق مع الإحصائية التى يمكن استخلاصها من دراسة بحثى التوزيع التكرارى والاعتدالى لتوزيع نسب الذكاء على أفراد المجتمع فالذكاء – وهو صفة بشرية تتأثر إلى مدى بعيد بالوراثة وتوزع على هؤلاء الأفراد وفق هذا المنحنى حيث تكون نسبة الأفراد الذين يعانون من نقص فى الذكاء، ذكاء أقل من (٧٠ درجة) ٢,٧% وهى نفس النسبة التى توصلت إليها معظم بحوث العالم.

وفى غياب الدراسات والمسوح والبحوث الإحصائية على مشكلة الإعاقة فى العالم العربى فإننا نستطيع الاستعانة بنتائج البحوث التى أجريت فى الخارج للوصول إلى تقديرات مبدئية ترسم لنا صورة تقريبية عن حجم مشكلة المعوقين فى منطقة الخليج العربى.

وإذا أخذنا العالم العربى ككل حيث يصل تعداد سكان دولة ما يقرب من ٣٤٠ مليون حسب تقديرات الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٧ واعتبرنا أن نسبة مجموع المعوقين بفئاتهم المختلفة من بين مجموع السكان تصل إلى ١٠% وأن نسبة المتخلفين عقلياً هى ٣% وأن نسبة الأطفال دون عمر السادسة فى المجتمع هى ٢٠% وأن نسبة الأطفال من عمر صفر – ١٤ سنة فى حدود ٤٥% من مجموع السكان أمكننا الوصول إلى التقديرات المبدئية (جدول ٢).

جدول ( ) العدد المحتمل للأفراد المعاقين فى دول العالم العربى من مجموع السكان والأطفال من سن صفر إلى ١٤ سنة

العوامل المسببة	العدد الإجمالى	العدد التقديرى للمعاقين بفئاتهم المختلفة ١٠%	العدد التقديرى للمتخلفين عقلياً ٣%
١- مجموع السكان	٣٤٠,٠٠٠,٠٠٠	٣٤,٠٠٠,٠٠٠	١٠,٢٠٠,٠٠٠
٢- أطفال عمر أقل من ٦ سنوات (٢٠%)	٦٨,٠٠٠,٠٠٠	٧,٠٠٠,٠٠٠	٢,٠٤٠,٠٠٠
٣- أطفال أقل من ١٥ سنة (٤٥%)	١٥٣,٥٠٠,٠٠٠	١٥,٣٥٠,٠٠٠	٤,٥٩٠,٠٠٠

هذه التقديرات محسوبة على أساس المفهوم الدولى للإعاقة الذى يعتبر معاقا كل من عانى من قصور حسى أو جسدى أو عقلى ناتج عن عوامل وراثية أو بيئية يترتب عليها آثار اقتصادية واجتماعية أو نفسية يحول بينه وبين اكتساب المعرفة الفكرية أو المهارات المهنية التى يستطيعها الفرد العادى بمهارة كافية ما لم يتوفر له البرامج العلاجية والتربوية والتأهيلية التى تتناسب مع نوع ودرجة الإعاقة.

وبالرغم من أن هذه التقديرات ليست مستخلصة من بحوث مسحية ميدانية بل تعتمد على مؤشرات دولية فإنها يمكن أن تعتبر قريبة إلى حد معقول من الواقع الذى يصور لنا ضخامة المشكلة التى تمس الثروة البشرية وبالتالى تؤثر على القوة الإنتاجية فى مجتمع الخليج والجزيرة العربية.

فى ضوء هذا العرض السريع للتفسيرات الدولية يمكن أن نعتبر أن النسبة الإجمالية لحالات الإعاقة المختلفة فى الدول النامية تتراوح بين ١٥,٨% من أفراد المجتمع وتعزى أسباب التفاوت فى هذه النسب بين مجتمع

وآخر حسب التوزيع العمرى للسكان والخصائص الديموجرافية للمجتمع وموقع المجتمع على سلّم التطور والنمو الاقتصادى والاجتماعى.

جدول (٣) توزيع حالات الإعاقة

فى منطقة الخليج العربى والجزيرة العربية

الفئة	العدد الإجمالى	العدد التقديرى للمعاقين (١٠%)	العدد التقديرى للمتخلفين عقلياً (٣%)
مجموع السكان	٤٠,٠٠٠,٠٠٠	٤,٠٠٠,٠٠٠	١,٢٠٠,٠٠٠
أطفال عمر أقل من ٦ سنوات (٢٠%)	٨,٠٠٠,٠٠٠	٨٠٠,٠٠٠	٢٤٠,٠٠٠
أطفال عمر صفر إلى ١٤ سنة (٤٥%)	١٨,٠٠٠,٠٠٠	١,٨٠٠,٠٠٠	٥٤٠,٠٠٠

ومع أن نسبة المعاقين تكون غالباً أكثر بكثير من كبار السن (فوق ٦٠ سنة) فى معظم المجتمعات إلا أنه فى دولة العالم العربى تلاحظ العكس حيث نسبة الإعاقة أكثر ارتفاعاً بين الأطفال ويرجع هذا إلى أسباب أهمها:

أ- الزيادة الكبيرة فى نسبة الحوادث (المنزلية بصفة خاصة وتليها حوادث الطرق) وحاصة بالنسبة لمن هم دون السادسة من العمر.

ب- سلسلة أمراض سوء التغذية التى يعانى منها الرضع والأطفال نتيجة قصور الوعى وعزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعى واستعمال الأغذية المستوردة فى غياب نظم وأجهزة الرقابة الغذائية المحكمة فضلاً عن انتشار الطفيليات وأمراض سوء التغذية.

ج- ارتفاع حالات الولادة المستمرة ونقص وزن الجنين عند الميلاد ونتيجة الزواج المبكر وسوء التغذية بين الأمهات وتكرار الحمل والولادة على فترات زمنية قصيرة.

د- انتشار الأمراض السارية الستة التى تصيب الأطفال رغم توفر الخدمات الصحية وذلك نتيجة قصور الوعى الصحى وتركيز هذه الخدمات على الجانب العلاجى على حساب الخدمات الوقائية.

ه- قصور برامج التطعيم والتحصين ضد الأمراض القابلة للوقاية بالتحصين وكذلك نتيجة ضعف سلسلة إجراءات التبريد فى بعض مجتمعات المنطقة (مما يفسر انتشار أمراض شلل الأطفال .. إلخ).

و- انتشار أمراض العيون (التراكوما) مع نقص فيتامين (أ) مما سيؤدى إلى حالات كف البصر.

ز- اعتماد كثيرين من الأسر على الخادمة فى تربية أطفالها دون إشراف كاف من الأم.

ح- عدم وجود برامج وأجهزة لإجراء الفحص قبل الزواج وازدياد أعداد الولادات التى تعانى من تشوه جسمى أو خلل أو تخلف عقلى أو شق أنفه وسقف الحلق أو غيرها من الحالات نتيجة الزواج المغلق داخل الأسرة وبين الأقارب وهى عادات منتشرة بين المواطنين فى المناطق الريفية والبدوية ومعظم مجتمعات دول الخليج والجزيرة العربية والمغرب العربى.

ط- ضعف أو غياب برامج التوعية بأسباب ومظاهر الإعاقة فى برامج التليفزيون والإذاعة وغيرها من وسائل الإعلام.

ي- الاتساع الكبير لقاعدات الهرم السكانى حيث تتراوح نسبة الأطفال دون سن ١٥ بين ٤٥-٥٠% من التعداد العام للسكان بينما هذه النسبة تكون فى حدود ٢٥% فى المجتمعات الصناعية. هذا العامل

بالإضافة إلى نقص متوسط الأعمار ونسبة كبار السن فى المجتمع العربى بالنسبة إلى مجتمعات الدول الصناعية تفسر ارتفاع نسبة المعاقين فى مجتمع الصغار عنها بين الكبار فى السن بعكس الوضع فى الدول الصناعية.

ثالثاً : الأسباب التى تؤدى إلى الإصابة بالإعاقة :-

لا شك أن الأسلوب العلمى الأمثل للتعرف على العوامل المسببة للإعاقة فى مجتمع من المجتمعات هو عن طريق الدراسة الميدانية والبحوث الطبية والاجتماعية والنفسية وربطها بنتائج الدراسات الإحصائية التى تحدد حجم مشكلة الإعاقة فى المجتمع وتوزيع أعداد المعوقين من حيث فئات الإعاقة ودرجاتها فى الأعمار والجنس والتوزيع الجغرافى والعوامل المسببة فى إطار الظروف البيئية والاقتصادية والاجتماعية والصحية والتشريعات القانونية التى تتناول التعريف والحقوق والمسئوليات وحماية المعاقين.

ولا يغيب عن الأذهان ما لأهمية هذه البحوث والدراسات الميدانية فى رسم سياسة ورعاية المعاقين وخطط وبرامج وأساليب الوقاية والعلاج ووضع سلّم أولويات لتنفيذ وإعداد الكوادر الفنية والإدارية اللازمة لتنفيذ الخطط الكفيلة بمواجهة احتياجات قطاع كبير من المجتمع لا تقل نسبته عن ١٠% من تعداد السكان.

ولا شك أن غياب البيانات التى كان من المستطاع توفرها نتيجة ندرة البحوث التى يتطلب إلحاح المشكلة إجراءها هو المسئول الأول عن قصور السياسات والمخططات والبرامج العلاجية الحالية التى إذا استخدمنا أكثر التقديرات تفاؤلا نجد أنها لا تصل إلى أكثر من ٠,٥% من تعداد الأفراد المعاقين فى العالم العربى (والتى يصل فى ضوء التقديرات الدولية إلى ٣٤ مليون مواطن عربى) فضلاً عن الأثر المباشر كغياب البحوث والإحصاءات

والمسوح الميدانية – وخاصة فى مجال التعرف علـــى العوامـــل المـــسببة للإعاقة – على القصور الشامل لبرامج الوقاية من الإعاقـــة فـــى المجتمـــع العربى والذى أدى إهمالها إلى زيادة كبيرة (دلت عليها الدراسات المحـــدودة التى أجريت فى بعض دول المنطقة) فى معدلات الإصابة بالتخلف العقلـــى والإعاقة الجسمية والاجتماعية وتفاقم هذه الزيادة مستقبلاً ما لم تعط أولويات عالية لتخطيط وانتشار البرامج الوقائية.

من هنا تبين لنا تعذر حصر العوامل المسببة للإعاقة فـــى المجتمـــع العربى والأهمية النسبية لكل منها ... وحتى تتوفر نتـــائج تلـــك البحـــوث والمسوح الميدانية والدراسات الإحصائية سنقتصر هنا على ما تـــوفر مـــن بحوث قليلة فى الوطن العربى بالإضافة إلى ما أصدرته المنظمات الدوليـــة المتخصصة وبعض مراكز البحوث المعنية بالمشكلة بدءاً باستعراض العوامل المسببة من حيث ارتباطها بالنظم والظواهر الاجتماعية والعوامل الوراثية ثم العوامل المرتبطة بالجوانب الصحية.

أولاً : العوامل المسببة للإعاقة المرتبطة بالنظم والظواهر الاجتماعية :

فالسلوك الاجتماعى للمواطنين يسير فى أطر وانساق تشكلها الـــنظم الاجتماعية كالزواج الذى يمثل نظاماً اجتماعياً متكاملاً تتشابك عناصره مـــع بقية الأنظمة الاقتصادية والسياسية والتشريعية والتعليمية التى تبنتها الدولة، ويرتبط بهذا النظام مجموعة من الظواهر والعادات والتقاليد التى تؤثر على سلوك الفرد ومواقفه واتجاهاته وتكوين شخصيته وأسلوب حياته.

وفى مجتمعنا العربى العديد من الظواهر الاجتماعية التـــى تـــرتبط بمشكلة الإعاقة نتعرض فيما يلى لبعضها:

١- الزواج المغلق فى إطار الأسرة والقبيلة (زواج الأقارب) :

وهى ظاهرة تنتشر انتشاراً واسعاً منذ قديم الزمن فى نسبة كبيرة من مجتمعات العالم العربى وخاصة بين البدو وسكان الريف - وتتضح بشكل خاص فى المجتمعات القبلية والعشائرية فى شبه الجزيرة العربية ومنطقة الخليج العربى وتتشابك فى تشكيل هذه الظاهرة عديد من الظروف الاجتماعية والاقتصادية والاعتبارات الدينية والطائفية والأخلاقية وما يرتبط بها من عادات وتقاليد انعكست على سلوك الأفراد وقراراتهم بالنسبة لاختيار شريك الحياة تفضيلاً لذوى القربى من أبناء العم والعمة والخال والخالة وصلات القربى الشديدة على مستوى أنساب الزوجين.

ولم يحد من استمرارية وانتشار تلك العادات والممارسات ما أكد الواقع نتائجه من تكرار حدوث حالات الإعاقة الجسمية والعقلية فى تلك الأسر التى تتمسك بهذه الممارسات ورغم ما أثبتته البحوث من وجود العلاقة بالترابطية بين زواج القربى وحالات الإعاقة من التخلف العقلى والصم وكف البصر والتشوهات والشلل المخى وغيرها من أشكال الإعاقة .. تلك الحقيقة التى لم تخف على أقطاب الإسلام بدءاً من الرسول عليه الصلاة والسلام الذى أكدته أحاديثه الشريفة ومنها "اغتربوا ولا تضووا" وحديث آخر "لا تزوجوا القرابة القريبة فإن الولد يأتى ضاويا".

٢- ظاهرة الزواج المبكر:

وهى من الظواهر السائدة فى المجتمع العربى والإسلامى وخاصة بالنسبة للإناث والتى ترتبط بالعديد من القيم والعادات والمفاهيم والظروف الاجتماعية والاقتصادية مما يترتب عليه أن تنجب الأم أطفالاً قبل أن يكتمل نضجها البيولوجى والنفسى وضعفها عند الإنجاب فتأتى بأطفال ضعاف البنية ناقصى التكوين قليلى المناعة عرضة للإصابة بالإعاقة والعجز مستقبلاً فضلاً عن عدم قدرة الأم على تحمل مسئولية الأمومة وقصور وعيها

... الصحية والنفسية والتربوية فى تنشئة أطفالها واحتمالات المعاناة من ... التغذية.

ومما يزيد المشكلة تعقيداً وانعكاساً سيئاً على الأطفال الاتجاه السائد نحو زيادة عدد مرات الإنجاب من جهة العوامل الاقتصادية والاجتماعية ... جهة أخرى لتعويض الفاقد من الأطفال بسبب ارتفاع نسبة وفيات الرضع والأطفال وقصر الفترات الزمنية بين الإنجاب المتتالى مما يزيد من احتمالات حدوث الإعاقة بين الأطفال والضعف الشديد الذى يصيب الأم.

٣- ظاهرة انتشار الأمية وانخفاض المستوى التعليمى والثقافى للأم:

لا شك أن الأم تلعب دوراً رئيسياً فى تنشئة الطفل فى السنوات الهامة الأولى من حياة الطفل فهى التى تضع اللبنات الأولى فى التكوين العقلى عن طريق الثقافة وحوافز نمو الذكاء من خبرات وأحاديث والإجابة على أسئلة الطفل، وحمايته من الحوادث والأمراض المؤدية للإعاقة وتوفير المناخ الذى تتطلبه التربية الوجدانية للطفل.

تلك المسئولية الضخمة التى تتحملها الأم تتطلب حداً أدنى من الثقافة والتعليم إن لم تتوفر لها عجزت عن تنمية مواهب الطفل وقدراته العقلية وعن حمايته من العجز والمرض، ولعلنا ندرك الآثار الصحية المتوقعة نتيجة الأمية إذا تأملنا إحصاءات الحالة التعليمية فى الدول العربية والارتفاع الكبير لنسبة الأمية وخاصة بين النساء والتى تصل إلى ٩٥% فى بعض هذه الدول.

٤- خروج المرأة للعمل:

وهى ظاهرة فى تزايد مستمر نتيجة ارتفاع نسبة التعليم وحاجة ... مج التنمية إلى عمالة المرأة التى تكون نسبة ٥٠% من المجتمع وهى ... صحى طبيعى ولكن فى غياب دور الحضانة ومراكز الرعاية النهارية ... مال يترتب عليه ظاهرة – خروج المرأة للعمل افتقاد الأطفال للرعاية

أثناء غياب الأم والاعتماد الأغلب على الخدم أو اللعب فى الشوارع .. ولعل فى ذلك تفسيراً لارتفاع معدلات الوفاة والإعاقة بين أطفال سن ما قبل المدرسة بصفة خاصة نتيجة الحوادث التى تصيب الأطفال داخل المنزل وفى الشوارع.

٥- العوامل الوراثية وغياب إمكانات الفحص قبل الزواج:

تلعب الوراثة دوراً كبيراً فى حالات الإعاقة الجسمية والعقلية التى تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الموروثات بشكل مباشر أو غير مباشر وقد يكون العامل الموروث الذى تحمله جينات الكروموسومات متنحياً لا تظهر آثاره مباشرة من الجيل السابق ولكنها تظهر بعد ذلك فى أجيال تالية مما يترتب عليه وراثة نماذج من التخلف العقلى أو فقدان البصر أو السمع أو ضمور العضلات أو التشوهات الخلقية وغيرها .. وقد لا تكون العاهة أو الإعاقة نتيجة وراثة مباشرة بل نتيجة وراثة مرضية أو خلل تؤدى إلى حالة إعاقة (كما فى وراثة خلل كرموزومى أو أحد أمراض التمثيل الغذائى أو اختلاف عامل RH فى الدم وهى أمثلة ثلاث تؤدى إلى تخلف عقلى، ومن الطبيعى أن تقع دراسة العوامل الوراثية فى اختصاص علماء الوراثة والفيزيولوجيا والطب والهندسة الجينية الحديثة ولكن ما يتعلق بوراثة الإعاقة كاتخاذ شريك الحياة وزواج القربى ممن هم مصابون بإعاقة معينة واتخاذ القرار بعد ذلك بإنجاب الأطفال وإهمال الفحوص البيولوجية قبل الزواج وبعد الإنجاب جميعها مواقف بمستوى التعليم والوعى الاجتماعى والفكرى السائد واهتمام الدولة بنشر هذا الوعى وتوفير وسائل وخدمات الفحص اللازم للمواطنين.

٦- بعض العادات والتقاليد والممارسات الخاصة:

بالإضافة إلى ما سبق من عوامل ونظـم اجتماعيـة ذات ارتبـاط بالإعاقة فهناك أوضاع ومواقف وممارسات من أنواع خاصة أخرى تـرتبط أيضاً بالإعاقة بأنواعها مثل عادات إطلاق الرصاص فى المناسبات والأعياد وحفلات الزفاف والإنجاب وما يترتب على ذلك من إصابات مباشرة تـؤدى إلى حالات من الإعاقة.

ومن هذه الممارسات أيضاً قصور الوعى بأهمية التحصين والتطعيم ضد الأمراض السارية بين الأطفال والتحايل على التشريعات الخاصة بها.. منها أيضاً أساليب العلاج البدائية من كى واستخدام مواد قـد تـؤدى إلـى الإصابة أو فقد البصر نتيجة عدم الإيمان والاهتمام بالإسراع بعلاج الحالات المرضية وإصابات الحوادث عن طريق الأجهزة الطبية المسئولة.

ومن ذلك أيضاً التفرقة بين الأطفال الذكور والإناث وإهمال عـلاج البنات والالتجاء إلى الشعوذة والدجل والحلاق والعطار .. فعلى سبيل المثال كم أدّى دلك إلى فقدان البصر (كما حدث لرائد الأدب العربى طه حسين فى طفولته).

ثانياً: العوامل المسببة للإعاقة ذات الارتباط بالجانب الصحى:

الناس ليسوا سواء فى مواجهة احتمال التعـرض لخطـر الإصـابة بقصور وظيفى أو تحول هذا القصور الوظيفى إلى نوع آخـر مـن أنـواع الإصابة وتتشابه من جهة أخرى المتغيرات والعوامل الصحية مع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية بحيث يصعب فصل أو عزل أى عامل مـن العوامل عن واقع الظروف المحيطة بالوضع الصحى.

وقد لا يؤيد البعض هذا الرأى ولكن الواقع أن الكثيـر مـن نتـائج المسوح الميدانية التى أجريت فى عدد من الـدول الـصناعية ودول العـالم الثالث تشير بوضوح إلى صحة ذلك المفهوم وخاصـة إذا كانـت نظريتنـا

وتحليلنا للمشكلة أبعد من مجرد الاكتفاء بالمتوسطات الإحصائية والتعمق فى الدراسات المقارنة لمدى انتشار حالات الإعاقة وتوزيعها بالنسبة للمستوى الاجتماعى والاقتصادى أو بالنسبة للمرحلة العمرية من حياة الإنسان أو الظروف البيئية التى يعيشها.

*** الإعاقة أكثر انتشاراً فى المجتمعات الفقيرة:**

وقد تبين من دراسات أجريت فى الدول الصناعية وأخرى أجرتها المنظمات الدولية فى عدد من دول العالم الثالث بل وفى الدول العربية وبعض دول الخليج إن القطاعات الفقيرة من السكان سواء داخل المجتمع الواحد أو من دولة إلى أخرى هى أكثر فئات السكان تعرضاً للإعاقة. ففى عام ٢٠٠٧ كان العدد التقديرى للمعاقين فى العالم حوالى ٧٥٠ مليون معاق يعيش منهم ٥٦٢ مليون أى حوالى ٧٥% فى الدول النامية، ومع نهاية القرن العشرين ارتفعت هذه النسبة إلى أكثر من ٨٠%.

هذا وتختلف طبيعة الإعاقة وأسبابها بين الدول النامية ففى الأولى ترجع معظم حالات الإعاقة إلى كبر السن (حيث متوسط توقع العمر عند الولادة أكثر من ٧٠ سنة بينما يتراوح بين ٤٠ و٥٥ فى دول العالم الثالث) وإلى حوادث المرور والعمل والأمراض المهنية. بينما فى دول العالم الثالث ترجع معظم حالات الإعاقة إلى انتشار الأمراض المعدية (النزلات المعوية والإسهال – أمراض الجهاز التنفسى – الالتهاب السحائى – الحصبة – التراكوما .. إلخ) أو إلى سوء التغذية بصوره المختلفة سواء منها ما تؤثر على النمو الجسمى (نقص البروتين والدهون والفيتامينات) أو على نمو بعض الحواس (نقص فيتامين (أ) بسبب كف البصر أو نقص اليود يؤدى إلى فقد السمع) أو ما تؤثر على النمو العقلى (نقص البروتين فى المراحل المبكرة من عمر الطفل .. إلخ) ويزيد من المشكلة فى الدول النامية التباين الكبير فى

برامج التنمية والأوضاع السائدة بين المجتمعات الحضرية والمجتمعات الريفية حيث تنخفض الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية ومستويات صحة البيئة والخدمات الصحية وهى جميعاً عوامل تزيد من توفير العوامل المسببة للإعاقة وبالتالى من نسبة المعاقين إلى التعداد العام للسكان فى هذه المجتمعات.

وفى الولايات المتحدة الأمريكية أظهر أحد البحوث التى أجريت على سكان ولاية كاليفورنيا إن معدل المتعرضين للإعاقة بين الملونين السود والهنود الحمر تقترب من ضعف هذا المعدل بين البيض الأمريكيين، وبالنسبة للحالات شديدة الإعاقة يزيد معدلها بين السود والهنود الحمر عن الضعف لدى السكان البيض.

وفى دراسة أخرى قام بها مركز البحوث بجامعة أريزونا تبين أن نسبة التخلف العقلى بين سكان جنوب ولاية أريزونا المهاجرين من المكسيك للعمل فى حقول القطن تصل إلى ١٢% بينما هذه النسبة لا تتعدى بين مجتمعات البيض ٣% على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية.

ومن جهة أخرى فإن الأطفال عموماً أكثر تعرضاً للعوامل المسببة للإعاقة، وخاصة فى المرحلة العمرية دون سن الخامسة حيث أن السنوات الأولى من عمر الفرد تلعب دوراً كبيراً وأساسياً فى نموه الجسمى والعقلى، وحيث يكون معدل سرعة النمو أكبر كثيراً من هذا المعدل فى المراحل العمرية التى تلى هذه المرحلة. وهذا يجعل أطفال مرحلة ما قبل المدرسة أكثر قابلية للتأثر، وأكثر عرضة لمعوقات النمو أو مسببات الإعاقة. فإذا تذكرنا على سبيل المثال أن ٨٠% من خلايا مخ الإنسان تتكون فى فترة الشهرين الأخيرين للحمل حتى نهاية العام السادس بعد الميلاد، وأن وزن الطفل بعد الولادة مباشرة يكون ٢٥% من وزن "مخ الراشد"، ويصبح ٧٠% من وزنه عند عمر سنة واحدة و٩٠% من وزن مخ الراشد عند عمر ٦

سنوات، وأن النمو العقلى يحتاج إلى نسبة عالية من البروتين فى الغذاء نستطيع أن نتصور مدى تأثر النمو العقلى للطفل فى مرحلة ما قبل المدرسة إذا ما عانى هذا الطفل من سوء التغذية خلال هذه المرحلة، وخاصة النقص فى البروتين اللازم لتكوين ونمو خلايا المخ، وهذا ما تؤيده - البحوث المشار إليها أعلاه حيث تبين الارتفاع الكبير فى نسبة انتشار التخلف العقلى فى المجتمعات الفقيرة التى تعانى من سوء التغذية وغياب البروتين الكافى فى غذاء الطفل والأمهات الحوامل والمرضعات.

كذلك نستطيع أن ندرك مدى تأثر النمو الجسمى للطفل بسوء التغذية إذا تذكرنا أن وزن الطفل يزيد ضعفين فى الشهر السادس من عمره، وثلاثة أضعاف وزنه فى نهاية العام الأول من عمره عن وزنه عند الميلاد، وهى سرعة فى النمو الجسمى لا تحدث فى حياة الإنسان وفى نموه بعد العام الأول من عمره إطلاقاً.

وفى استعراضنا لأسباب الإعاقة بدلاً أن نأخذ فى الاعتبار أنه من النادر أن تكون الإعاقة المعينة نتيجة لعامل واحد بل الغالب أنها تحدث نتيجة لأكثر من عامل بل وكثيراً ما يصعب تحديد سلسلة العوامل أو الأحداث التى أدت إلى حالة الإعاقة .. وترجع الإعاقة إلى عشرات بل مئات من الأسباب قد تكن أسباباً طبية نتيجة أمراض وإصابات أو أسباب اجتماعية أو اقتصادية أو مهنية أو نفسية. ومن جهة أخرى قد تكون هذه الأسباب متعلقة بالفرد نفسه أو مرتبطة بالبيئة التى يعيش فيها، وقد ترجع إلى أسباب خلقية وراثية أو غير وراثية، وقد تكون الإعاقة نتيجة لكوارث طبيعية "كالزلازل، والبراكين، والفيضان، والجفاف" أو كوارث من صنع الإنسان كالحروب والثورات .. إلخ. وعلى هذا فإن تصنيف هذه الأسباب يختلف من مدرسة إلى أخرى ومن علم إلى آخر، فالإعاقة لا تدخل فى اهتمامات العلوم الطبية

فقط، ولكنها تدخل في كثير من الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية والتربوية والنفسية والمهنية والصناعية وغيرها.

وسنحاول في الصفحات التالية عرض العوامل المسببة للإعاقة بقدر من الشمول:-

❋ العوامل المسببة للإعاقة:

أولاً: عوامل خلقية:

وهي عوامل ذات أهمية يمكن تقسيمها إلى عوامل وراثية جينية، أو عوامل غير وراثية، والأخيرة تتضمن النتائج المترتبة على الأمراض أو الاضطرابات الوظيفية التي تصيب الجنين أثناء الحمل أو الولادة.

أ - عوامل وراثية جينية:

وهي تصيب ما يقرب من ٣% من الولادات في العالم، وتتعرض نسبة كبيرة منها إلى وفاة مبكرة، وهي تظهر في الأطفال بعد الولادة وحتى سن البلوغ بشكل تخلف عقلي، أو قصور، أو فقد كامل للبصر أو السمع، وتشمل حالات القصور العضلي الحركي واضطرابات القلب والجهاز الدوري وانحناء العمود الفقري وصعوبة النطق والكلام وتشوه الأقدام والشفة (صف الحلق المشقوق) والأورام الليفية أو خلل في الجهاز البولي أو الهضمي

ب - عوامل غير وراثية:

يولد في العالم سنوياً ما يقرب من ٢٠٠ مليون طفل، وتعتبر العوامل غير الجينية أو الوراثية من العوامل المهمة التي تقود إلى الإعاقة في الدول الصناعية والدول النامية على السواء. ولما كانت النسبة الأكبر من الولادات (٧٥%) تحدث في الدول النامية حيث تنتشر الأمراض وسوء التغذية، ولا تتوفر الخدمات الصحية الأخطار التي يمكن أن تؤثر على جنين الحامل عنها

فى الدول الصناعية "على سبيل المثال ٣٥% من الأطفال التى تولد سنوياً فى الهند، وسيريلانكا تكون ناقصة الوزن بدرجة كبيرة (أقل من ٢,٥ كيلو جرام)" بسبب سوء التغذية مقابل ٦ – ٨% فى أوربا، ولهذا فإنه من الطبيعى أن نتوقع أن نسبة حالات الإعاقة نتيجة هذه العوامل فى الدول النامية تكون أكبر بكثير منها فى الدول الصناعية.

وفيما يلى عرض لبعض هذه العوامل :

١- سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل:

حيث تعرقل النمو الجسمى للجنين وتطور نموه العقلى. ومن المعروف أن نقص البروتين والفيتامينات والسعرات الغذائية المتوفرة للحامل فى الدول النامية التى تعانى ظروف اقتصادية سيئة (حيث تولد النسبة الكبرى بين أطفال العالم) شائع الانتشار، ولهذا فإن نقص وزن الوليد المترتب على ذلك يعتبر عاملاً مهماً يفسر ارتفاع نسبة الوفيات والأمراض بين أطفال هذه الدول مما يشكل العامل الأساسى فى زيادة نسبة حالات الإعاقة فى مجتمعات هذه الدول، ويزيد من حدة هذا العامل قصور الوعى الغذائى والزواج المبكر للمرأة وكثرة الإنجاب.

٢- الأمراض التى تصيب الأم الحامل:

والأمراض المعدية تؤثر تأثيراً شديداً على الجنين ففى الولايات المتحدة وحدها تكشف الإحصاءات على أنه فى عام ١٩٦٤، ٣٠,٠٠ طفل على الأقل من المعاقين ترجع أسباب إعاقاتهم إلى وباء الحصبة الألمانية التى انتشرت فى ذلك العام، وكانت إصابات الأمهات الحوامل بها هى السبب المباشر لهذه الإعاقة. ومن الأمراض المعدية الأخرى التى تؤثر على الجنين فى فترة الحمل الأنفلونزا والزهرى.

ومما يؤثر على الجنين أيضاً إصابات الأم الحامل بالسكر والتهاب الغدة الدرقية وتعاطيها بعض العقاقير الطبية بدون إذن الطبيب وإدمان المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة والتسمم الدموى وغيرها. كذلك هناك أثر مباشر على الجنين نتيجة لتكرار تعرض الأم أثناء فترة الحمل لأشعة (X) أو المواد أو النظائر المشعة.

إن التعقيدات والمضاعفات التى تحدث أثناء "الولادة العسرة بالجفت أو الشفط أو إعطاء مخدر أثناء الولادة أو الولادة القيصرية أو الجافة"، وإصابات المخ أو كسر العظام، التى قد تحدث للطفل أثناءها تؤدى إلى العديد من حالات الإعاقة كذلك حالات التفاف الحبل السرى، وقلة أو منع وصول الأكسجين إلى الجنين أو اضطرابات الجهاز الدورى كلها تسهم فى زيادة نسبة الإعاقة.

هذا ولا شك أن الزواج المغلق "زواج الأقارب فى القبيلة أو الأسرة الواحدة"، وللزواج المبكر والمتأخر للمرأة علاقة بكثير من حالات الإعاقة لأطفالهن.

وقد يكون من العسير الوصول إلى تقدير دقيق لنسبة الذين يعاقون نتيجة لهذه العوامل بسبب تباين الظروف ومستوى الرعاية، وتوفر الخدمات الطبية والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية من دولة إلى أخرى، ولكن منظمة الصحة العالمية تقدر الذين يصابون بإعاقة تقيمها فى حدود ٥% من سكان العالم

ثانياً : الأمراض المعدية السارية :

تسهم هذه الأمراض فى زيادة نسبة المعاقين فى العالم بأساليب متعددة منها:

١- الضرر الذى يحدث للجنين عند إصابة الأم بالمرض المعدى أثناء الحمل.

٢- الاضطرابات أو الخلل فى التغذية والتمثيل الغذائى المترتب على الإصابة بالأمراض المعدية كما يحدث فى حالة النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال وما يترتب عليها من إضعاف القدرة على امتصاص الغذاء وبالتالى نقص – المناعة ثم الإصابة من جديد فهى حلقة مفرغة من نوبات الإسهال وسوء التغذية حيث تؤدى كل منها للآخر وكثيراً ما تؤدى إلى حالة جفاف تنتهى بالموت أو الإعاقة إذا لم تسعف فوراً.

٣- الحالات المزمنة من هذه الأمراض أو تكرار حدوثها تؤدى إلى العجز أو فقد القدرة على العمل كما فى حالات السل المزمن أو الملاريا.

٤- قصور القدرة على ممارسة العلاقات والأنشطة الاجتماعية أو نبذ المجتمع للمريض خشية العدوى كما فى حالات الجذام والسل.

٥- تؤدى الإصابة ببعض الأمراض المكروبية أو الفيروسية المعدية إلى حالات إعاقة دائمة حتى ولو كانت فترة الإصابة بالمرض قصيرة وشفى منها المريض كما فى حالات شلل الأطفال أو الالتهاب السحائى أو التراكوما.

٦- هنا أيضاً يتعذر الوصول إلى إحصاءات دقيقة عن حالات الإعاقة المترتبة على الأمراض المعدية، وخاصة وأن الغالبية العظمى منها يحدث فى الدول النامية حيث لا تتوفر نظم التسجيل والإحصاء الطبى. ولكننا سنحاول فيما يلى الإشارة إلى التقديرات التى أمكن الوصول إليها بقدر الإمكان عند عرض أهم الأمراض المعدية ذات الصلة الوثيقة بالإعاقة وهى:

أ - شلل الأطفال:

تشير التقديرات إلى أن نسبة الإصابات بهذا المرض قبل اكتشاف اللقاح الواقى منه كانت تقدر بحوالى ٣ فى كل ١٠٠,٠٠٠ من السكان كل عام فإذا استخدمنا هذه النسبة فى الحاضر لتقدير عدد الإصابات السنوية فى مجتمعات الدول النامية التى لا تعطيها برامج التحصين (٢,٥ مليون) فإننا نجد أن هناك ما يقرب من ٧٥٠٠٠ إصابة سنوياً، فإذا أخذنا ١٥ سنة عمراً افتراضياً وسيطاً لمن ينجوا من الموت بسبب المرض يمكننا أن نقدر عدد المصابين بالإعاقة حالياً نتيجة شلل الأطفال بما يقرب من ٢,٥٠٠,٠٠٠ حالة "هذا ولا يدخل تحت هذه الفئة حوالى ١٥ مليون من سكان العالم يعانون من الشلل المخى".

ب - التراكوما:

تعتبر التراكوما أكثر أمراض العيون المعدية انتشارا فى العالم حيث تصيب ما بين ٤٠٠ و٥٠٠ مليون فرد، ومن بين هؤلاء ٢ مليون على الأقل فقدوا بصرهم كلية، وحوالى ٨ مليون يعانون من قصور شديد فى الإبصار بدرجة تحول بينهم وبين أداء أعمال مهنية ذات عائد يذكر.

جـ - الجذام:

ويقدر عدد المصابين بهذا المرض بحوالى ١٦ مليون فى العالم ربعهم على الأقل معاقين، اى حوالى ٤ مليون فرد.

وهناك أمراض معدية أخرى تؤدى إلى حالات إعاقة لن يتسع المجال لتغطيتها فى هذا العرض "منها الملاريا، والسل، والتهاب الغدد النكفية، والالتهاب السحائى، والحمى الروماتيزمية، والحصبة والأمراض السرية، والإصابات بالطفيليات، والتهاب الدماغ النخاعى وغيرها".

وتقدر نسبة الإعاقة بهذه المجموعة من الأمراض المعدية وحدها بحوالى ١% من سكان العالم. ولا شك أن الإعاقة نتيجة الأمراض المعدية يمكن الوقاية منها بالتطعيم والتثقيف الصحى وصحة البيئة ورفع مستوى الوعى نحو التغذية السليمة والوقاية من التلوث.

ثالثاً: أمراض جسمية غير معدية:

وبالرغم من نسب الإعاقة الناتجة عن هذه الأمراض، قد أمكن تقديرها فى الدول النامية. فقد بينت دراسة صحية فى أمريكا ١١,٦% من افراد المجتمع يعانون من درجة صغيرة أو كبيرة من الإعاقة نتيجة هذه الأمراض المزمنة من بينهم ٢,٩% عاجزين عن القيام بأية أعمال ٦,٢% بدرجة متوسط، و٢% بدرجة بسيطة، وهذه الأمراض قد تكون حركية (كحالات الانزلاق الغضروفى وروماتيزم المفاصل والشلل .. إلخ) وأمراض القلب والصرع والسرطان وأمراض العيون والأذن والأسنان وأمراض السكر وأمراض الجهاز التنفسي وضغط الدم.

وأمراض كبر السن، وتقدر منظمة الصحة العالمية حالات الإعاقة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية بما لا يقل عن ٢٥ مليون فى العالم مع ملاحظة ارتباطها بكبر السن، وأن انتشارها فى الدول الصناعية أكبر منها فى دول العالم الثالث حيث قلة من سكانها يصابون إلى فوق ٦٥ سنة من عمرهم.

ويعتبر السرطان مسئولاً عن نسبة كبيرة من حالات الإعاقة، وخاصة سرطان اللسان والحنجرة والفم والبلعوم التى تصيب ما يقرب من ٠,٧٥% من سكان العالم. ومن جهة أخرى تؤدى حالات نزيف المخ وجلطة المخ والشلل المخى إلى إعاقة حركية تتوقف شدتها وموضعها حسب شدة الإصابة.

رابعاً: الاضطرابات النفسية والعقلية والوظيفية:

وقدر الولايات المتحدة نسبة الإصابات الشديدة "شيزوفرانيا وبارنويا" بما يقرب من ١% من السكان، أما الحالات التى تقعد المريض فى المستشفى لفترة من عمره فتصيب ما يقرب من ١٠% من المجتمع وتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ٤٥ مليون من سكان العالم يعانون من هذه الأمراض يحتلون ربع مجموع أسرة المستشفيات هذا خلاف مرض الصرع الذى يصيب حوالى ١٥ مليون من سكان العالم، كذلك تعتبر بعض الانحرافات النفسية، وسوء التكيف مسئولة عن الكثير من أعراض وعيوب النطق والكلام، وتلعب أساليب التربية فى الصغر دوراً كبيراً فى إحداث هذه الأعراض بكثير من حالات التأتأة وصعوبة النطق والكلام تعود إلى التفرقة فى المعاملة من الآباء والقسوة الزائدة أو الحماية الزائدة والتدليل والحرمان العاطفى.

خامساً: الحوادث:

أ- حوادث الطريق والمرور، وتكون مسئولة عن ٨,٥% من المعاقين فى العالم ولو أن هذه النسبة تختلف حسب درجة التحضر والتصنيع والحالة الاقتصادية للدولة (حوالى ٣٥ مليون فى العالم).

ب- حوادث العمل وهى مسئولة عن ٤,٥% من المعاقين فى العالم (حوالى ١٩,٥ مليون فرد فى العالم).

ج- حوادث المنزل، وهى مسئولة عن ٦,٥% من حالات الإعاقة فى العالم، وقد تكون أكثر من ذلك بكثير فى المنطقة العربية، وخاصة بالنسبة للأطفال أعمار ٣ – ٦ سنوات، ويقدر عدد المعاقين فى العالم بسبب حوادث المنزل بحوالى ٣٥ مليون فرد.

د - حوادث أخرى نتيجة الكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والعواصف أو كوارث من صنع الإنسان كالحروب والثورات والجريمة والرياضة أحياناً تؤدى إلى حالات إعاقة يصعب تقديرها من مجتمع إلى مجتمع ومن وقت لآخر، ومع هذا فيقدر عدد المعاقين فى العالم نتيجة الحروب وحدها ما يقرب من خمسة ملايين معاق، كما أن فى لبنان وحده ٢٥٠ ألف معاق نتيجة الحروب الأهلية.

سادساً : الإدمان على المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة :

ويعتبر هذا الإدمان من أهم أسباب الإعاقة فى بعض دول العالم، ولو أن الإدمان كسبب للإعاقة "أو الوفاة" كثيراً ما لا يظهر فى الإحصاءات الرسمية وتختلف لأسباب اجتماعية وراء أسباب أخرى فعلية، ولهذا يصعب الحصول على إحصاءات دقيقة بشأنه، ومع هذا فقد اتضح من بعض الدراسات المسحية التى أجرتها منظمة الصحة العالمية فى ١٤ دولة أن نسبة المدمنين على المسكرات تزيد عن ٢% من المجتمع، وأن هناك ٤٥ مليون قد أصيبوا بالعجز بسبب الإدمان.

وفى دراسة أخرى فى شيلى تبين أن ٥% من السكان الأكبر من ١٥ سنة مدمنون مسكرات بالإضافة إلى ١٥% أخرى يتعاطون المسكرات بإسراف، وفى فرنسا تقابل هذه النسبة ٤%، ٩%.

وهناك صعوبة أكبر فى الحصول على إحصاءات عن إدمان المخدرات، وهى تختلف من مجتمع إلى آخر، وتقدر بحوالى ١ – ٢% فى ايران، وأن ١٠% من السكان فى الولايات المتحدة يتعاطون نوعاً أو آخر منها، ولو لفترات من حياتهم، ويقدر نسبة المعاقين بسبب الإدمان بما يقدر من ١ – ٢% من سكان العالم.

سابعاً : نقص وسوء التغذية :

ينتشر سوء التغذية فى العالم النامى انتشاراً كبيراً وتعتبر من أكثر مشكلات الصحة العامة التى تصيب ما يقرب من ٦٠٠ مليون فرد فى الدول النامية. ولسوء التغذية آثار كبيرة ضارة على الرضّع والأطفال والحوامل والمرضعات بصفة خاصة.

وينتشر سوء التغذية وخاصة نقص البروتين والسعرات الذى يعتبر من أهم أمراض التغذية مالا يقل عن ١٠٠ مليون طفل دون سن الخامسة فى كثير من دول العالم الثالث.

ويتسبب نقص فيتامين (أ) فى الإصابة بالفقد الكلى أو الجزئى ببصر، وتقدر بعض الإحصائيات أن أكبر من ١٥٠,٠٠٠ طفل فى العالم النامى يفقدون بصرهم سنوياً نتيجة هذا السبب وحده.

ويصيب الجويتر أكثر من ٢٠٠٠ مليون فرد فى العالم ويؤدى سوء التغذية إلى كثير من حالات التخلف العقلى، وخاصة نقص البروتين فى غذاء الأم خلال فترة الحمل، أو فى غذاء الطفل فى الشهور الأولى من عمره.

يعانى نسبة عالية من الأمهات الحوامل من الإنيميا، وكذلك نسبة عالية من الأطفال، مما يؤدى إلى حالات إعاقة وبالتالى قصور فى الإنتاج ويصعب تحديد النسبة الحقيقية للمعاقين نتيجة سوء التغذية، ولكن تقديرها بحوالى ١,٥٠٠,٠٠٠ مليون فرد فى العالم يمكن أن يكون تقديراً معقولاً.

كذلك تجدر الإشارة إلى أثر نقص فيتامين (أ) على كف البصر، وأثر نقص فيتامين (د) والكالسيوم على نمو العظام وارتفاع نسبة المصابين بالكساح نتيجة هذا النقص، ومن أهم أسباب سوء التغذية فى مرحلة الطفولة قصور الوعى الغذائى والفقر والإصابة بالنزلات المعوية والأمراض الطفيلية وعزوف الأمهات عن الإرضاع الطبيعى.

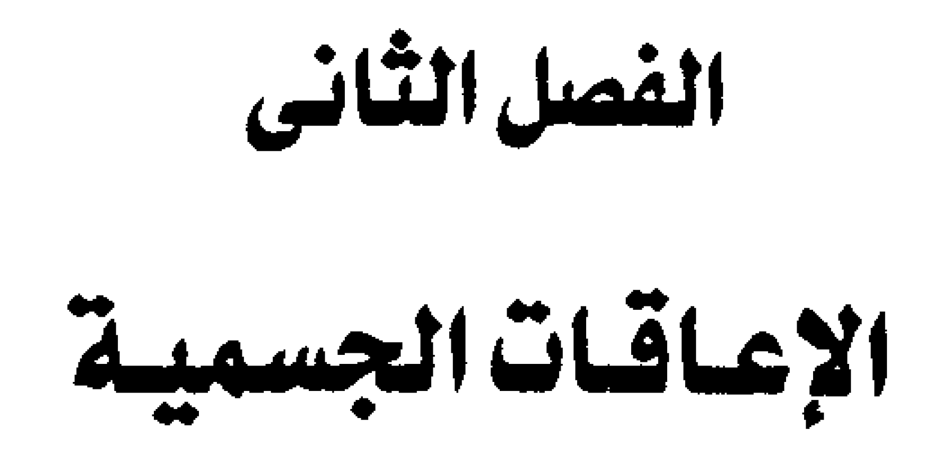
ثامناً: كبر السن:

ويمكن تقدير المعاقين فى هذه الفئة العمرية بأنهم يكونون ٢٠% ممن هم فى عمر ٦٠ سنة وأكثر. وتزداد هذه المشكلة إلحاحاً بزيادة نسبة كبار السن فى المجتمع نتيجة تحسن الأحوال والخدمات الصحية.

تاسعاً: عوامل أخرى:

ويدخل فى إطارها الولادات المتعسرة، أو الناقصة والأمراض المهنية، وحالات التسمم من سموم الجو أو الماء أو المواد السامة والحريق والجريمة، وتقدر نسبة من يعاقون بهذه الأسباب من ٢ – ٣ مليون فرد.

*****



الفصل الثانى

الإعاقات الجسمية

أولاً – شلل الأطفال.

ثانياً – الإقعاد .

ثالثاً – أمراض القلب .

رابعاً – الدرن .

خامساً – السرطان .

مقدمة

الإعاقة الجسمية هى ما تتصل بالعجز فى وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة Motor كالأطراف أو المفاصل، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية كالقلب أو الرئتين وما أشبه.

والمقصود بالإعاقة الجسمية ليست حالات الأمراض العارضة أو حتى "المزمنة التى لا يترتب عليها عجزاً حقيقياً فى قدرة الإنسان الطبيعية على أداء دوره الاجتماعى، ولكن يعنى بها الإصابة الجسدية التى لها صفة الدوام والتى تؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء أكان تأثيراً تاما أو نسبياً.

ومن ثم سوف نركز فى هذه الدراسة على بعض الإعاقات الجسمية المنتشرة فى مجتمعنا على سبيل المثال وليس الحصر وهى : شلل الأطفال، الإقعاد، أمراض القلب، الدرن، والسرطان.

أولاً : شلل الأطفال: Poliomyelitis

إن هذا المرض فى غاية الأهمية بالنسبة للمهتمين بالتأهيل المهنى للمعوقين، فكثير من المشكلات التى يواجهها المصاب بشلل الأطفال تنصب على القيود التى يفرضها المرض على حركته الجسمية. والكثير من هذه المشكلات تدور حول السلوك Behaviour والتكيف النفسى للمريض، وكذلك تكيف المقربين إليه إزاء هذه الإعاقة ونتائجها، لذلك أصبح من الضرورى تفهم المرض وأسبابه ونتائجه والتدابير التى يمكن اتخاذها للسيطرة عليه والوقاية منه.

وفى الحقيقة إن هذا المرض على الرغم من تواجده منذ القدم إلا أنه لم يلفت أنظار الأطباء فى العصر الحديث إلا فى أوائل القرن العشرين حيث روّع العالم بالأوبئة المتكررة التى اجتاحت أوربا وأمريكا الشمالية واستراليا

وغيره. لذلك نشطت البحوث العلمية فى جهات متعددة من العالم، وأمكن فصل الفيروس المسبب لهذا المرض بفصائله الثلاثة من إفرازات المريض، وذلك بعد اكتشاف إمكانية زرعه على مزرعة الأنسجة الحية. وأمكن بعد ذلك اكتشاف الطعم الواقى من المرض وكان أولها طعم (سولك) عام ١٩٥٥ الذى يعطى عن طريق الحقن.

وفى نفس العام تمكن العالم الكبير (سابين) من اكتشاف الطعم الحيّ المروض وله نفس الخاصية وهى إحداث المناعة دون الإصابة بالمرض، ويعطى عن طريق الفم وإن لم يستعمل هذا الطعم عالميا إلا فى أوائل الستينات.

ولقد نجحت الأبحاث الخاصة بالمرض وطرق وصف الجرثومة ومدى حيويتها ومقاومتها لمختلف العوامل الجغرافية فى مختلف المناطق نجاحاً ملحوظاً مما يجعلنا نتفائل ونتوقع نتائج باهرة للسيطرة على هذا المرض.

أسباب الإصابة:

يعتبر شلل الأطفال من الأمراض المعدية وأن نسبة الإصابة تختلف من عام إلى آخر، وهذا يرجع إلى عوامل كثيرة منها حرارة الجو ونسبة الرطوبة، وكثرة انتشار الذباب وقوة جرثومة المرض ... إلخ. وربما كانت إحدى هذه العوامل أو كلها مجتمعة السبب فى زيادة الحالات.

ويتسبب هذا المرض عن فيروس خاص ينتقل من المريض أو الناقة أو حامل الفيروس مباشرة عن طريق البراز أو بطريق غير مباشر مثل الذباب الذى ينقله من مادة ملوثة إلى الأطعمة المختلفة.

ويوجد فيروس المرض فى الغشاء المخاطى المبطن للحلق، كما يوجد فى البراز والمعروف أن العدوى تحدث غالباً عن طريق الجهاز

الهضمى، ومنه ينتشر الفيروس إلى الجهاز العصبى. وفى حالات قليلة تحدث العدوى من الغشاء المبطن للحلق إلى الجهاز العصبى مباشرة، وقد يستمر الفيروس فى البراز إلى ثلاثة شهور بعد النقاهة من المرض.

ونستطيع لذلك تحديد أنواع ثلاثة لشلل الأطفال يمكن تصنيفها على الوجه الآتى:

أ- إصابة عضلات الجسم.

ب- إصابة عضلات التنفس أو البطن.

ج- إصابة عضلات البلع والحنجرة.

ولقد اتضح أن الإنسان هو ناقل العدوى الأساسى، فالميكروب يوجد فى موضعين أساسين: إما فى الحلق، أو فى الأمعاء، ولذلك تحدث العدوى عن طريق الرذاذ، أو تناول أطعمة ملوثة. والاختلاط بالمرضى من أهم عوامل انتشار المرض. ولقد أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين بالمصل الواقى للأطفال وهى عملية إجبارية لجميع المواليد وتعاد ثانية عند بدء الانتظام فى الدراسة.

ولقد سمى هذا المرض شلل الأطفال لأن أغلب المصابين به من الأطفال، حيث أن ٧٥% ممن أصيبوا به كانوا بين سن سنة واحدة إلى ١٥ سنة، أما بالنسبة الباقية فكانت بين سن ١٦ - ٤٠ سنة.

ولقد بدأت مصر فى استعمال المصل الواقى عقب اكتشافه بصورة فردية، وأصبح التطعيم إجبارياً فى القاهرة والإسكندرية عام ١٩٦٢ وفى باقى المحافظات عام ١٩٦٨، ومع هذا لم يؤدى بالتطعيم الإجبارى ما كان مرجواً منه فقد ظلت مراكز رعاية شلل الأطفال تتلقى المئات من المصابين بالمرض كل عام حتى عام ١٩٧٦ حين تقرر تعميم التطعيم الإجبارى الجماعى على هيئة حملة قومية لتطعيم جميع الأطفال فى السن المعرضة للمرض إلى خمس سنوات، وفى عام ١٩٧٨ أعطيت جرعة منشطة لجميع

الأطفال مر سن ٤ شهور إلى ثلاث سنوات، وفى عام ١٩٧٩ تمت الحملة الثانيه فى بداية عام الطفولة الدولى. ومع مطلع الألفية الثالثة تم القضاء إلى حد كبير على هذا المرض.

وفى البلاد الأخرى وخاصة البلاد النامية أصبح هذا المرض يمثل مشكلة أساسية وخاصة فى البلاد الاستوائية والشبه استوائية.

ولقد كان هذا المرض وبائياً فى النصف الأول من هذا القرن وخاصة فى غرب أوروبا وشمال أمريكا، ومنذ ابتكار لقاح قوى ذات فاعلية فإن هذا الوباء قد انتظم فى التلاشى والاختفاء، والدليل على نجاح مقاومته أن انخفضت عدد الحالات فى الولايات المتحدة الأمريكية من ١٨٣٠٨ عام ١٩٥٤ إلى ١٧ حالة عام ١٩٧١.

ولذلك فإن توفير الإمكانيات المادية كما يقول "هوكستب" (Huckstep) لحماية ١٠٠ حالة من الإصابة بشلل الأطفال أفضل كثيرا من إصابة طفل واحد يصبح مقعدا لا أمل فيه، وإذا حدثت الإصابة فإن تأهيل هؤلاء المصابين يصبح ضرورياً للاستفادة بما لديهم من قدرات حتى تجعلهم يعتمدون على أنفسهم والهدف من ذلك تحقيق التوافق الاجتماعى Social Adapation بينهم وبين مجتمعاتهم.

فلقد زادت نسبة الإصابة بشلل الأطفال فى السنوات العشر الأخيرة فى أكثر من نصف سكان العالم الذين يعيشون فى مجتمعات فقيرة اقتصادياً دون أى إدراك لوضع برنامج قومى أو عالمى للتحصين والوقاية من الإصابة بهذا المرض، وهذا سيعنى ازدياد أمراض الشلل واستمرار ارتفاع معدلاتها لبعض الوقت. وأمام هذا الموقف يوصى "هوكستب" بالاهتمام بالأسس التالية على اعتبار أنها من الأمور الملحة وهى :

أ- التحصين Immunisation عن طريق برنامج منظم للمناعة.

ب- العلاج Treatment سواء بالأساليب الطبية العادية أو بإجراء الجراحة للحالات التى تتطلب ذلك.

ج- التعليم Teaching.

د- التأهيل والتدريب Rehabilitation & Education.

أساليب العلاج:

يمكن أن نحدد الخطوط العريضة لأساليب العلاج الخاصة بالمصابين بشلل الأطفال فى النقاط الآتية:

أ- عمل أجهزة تعويضية لمساعدة الطفل على الحركة.

ب- إجراء جراحات خاصة فى حالات التشوه العضلى.

ج- العلاج الطبيعى لتدريب العضلات المصابة وتنشيط العضلات البديلة.

د- التأهيل المهنى وهو نهاية المطاف فى العملية العلاجية والتى تعد الطفل لتدريب خاص يناسب قدراته الباقية.

ثانياً: الإقعاد Crippled

تعريف:

المقعد بصفة عامة نعنى به الشخص الذى لديه سبب يعوق حركته وكما جاء بأحد التعاريف الرسمية بميتشجان أن المقعد هو الذى لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل أو عاهة فى العضلات أو العظام تؤثر فى قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه.

ويتفق العلماء على تعريف المقعد بأنه ذلك الفرد الذى تعوق حركته ونشاطه الحيوى فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية وبالتالى تؤثر على تعليمه وإعالته لنفسه.

أما الطفل المقعد فيعرف بأنه ذلك الفرد الذى لم يبلغ ٢١ عاما ولديه عائق خلَقى أو مكتسب بطريق المرض أو الإصابة أو الجروح بحيث يصبح أو ينتظر أن يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية مع الاستبعاد لحالات الإعاقة الحسية أو التأخر العقلى أو المرض العقلى.

أسباب الإقعاد:

ينتج القعاد عن أسباب مختلفة تختلف فى حدتها وأعراضها تبعا لحدة ونوع الأمراض التى تسبب القعاد ذاته ورغم عدم دقة الإحصاءات فى مجتمعنا العربى التى توضح أسباب الإقعاد فقد نشر تقرير علمى فى الولايات المتحدة الأمريكية مؤداه أن نسبة الأمراض المسببة للقعاد هى:

شلل الأطفال ٣٣,٤%، سل العظام ١٢,٦%، شلل تشنجى ١٤%، عاهات خلَقية ١٠%، أمراض القلب ٨%، الحوادث ٦%، أسباب أخرى ١٦%.

وفى أبحاث أخرى أجريت فى مختلف أنحاء العالم ما يؤيد مثل هذا التقسيم، ويتضح منه أن شلل الأطفال يأتى فى مقدمة أسباب الإقعاد حيث يمثل ٣٣% من النسبة العامة.

ولقد وجد فى بعض الدراسات الحديثة أن حالات الإعاقة الخلقية مثلا ترجع لعدم العناية بالحامل، وعملية الوضع، وبصفة عامة الإقعاد مقياس لمدى توافر الرعاية الصحية بكافة أنواعها للمواطنين.

لذلك تتفاوت معدلات المعوقين بالإقعاد فى كل مجتمع حسب مقدار تعرض الأفراد للأسباب الرئيسية التى سبق ذكرها، فكلما زادت الرعاية الصحية والنفسية فى المجتمع قلت حالات الإقعاد.

وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين فى أى مجتمع بأنها ٣%، وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك وتبرز نسبة عالية قد تصل إلى ٩% وإذا أخذنا بالنسبة الأولى نجد أن عددهم يقدر فى بلادنا بحوالى ١٥٠ ألف فرد.

ويمكن إجمال حالات الإقعاد حسب مسبباها فيما يلى:

أ- الإقعاد بسبب العدوى والإصابة.

ب- شلل أعصاب المخ.

ج- الإصابة أثناء عملية الوضع.

د- حالات متصلة بالقلب ووظائفه.

ه- الحوادث.

و- الأورام والأمراض الخبيثة.

الإقعاد والسلوك: Crippled and Behaviour

مما لا شك فيه أن الإقعاد كعائق بدنى يؤثر فى السلوك الاجتماعى الإيجابى للطفل، فينتابه الشعور بالذنب والشعور بأن عاهته نوع من العقاب، أو قد يتخذ موقفا عدوانيا إزاء بيئته، وكثير من الأطفال المعوقين جسميا قد يجدون فى عجزهم ملاذا يتخذون منه عذرا لتجنب بذل أي مجهود فى مقدورهم القيام به، ولهذا نجد طائفة من المعوقين تستغل ظروفها لاستدرار العطف من الأبوين والأقارب أو تصبح متطفلة على المجتمع الذى كان من الممكن أن تسهم فى النهوض به لو أنها لقيت نوعا من المعاملة المبنية على الحزم والعطف معاً، وتوجيه المعوق لاستغلال قدراته المتبقية إلى أقصى حد ممكن.

إن التوجيه النفسى للطفل المقعد ولأسرته عمل دقيق يحتاج إلى مهارة، والمهارة الطبية هنا لها دور أساسى ولكنه ليس الدور الوحيد لأن

مستقبل الطفل يتوقف على تحقيق تكيفه الشخصى، والاجتماعى والتربوى والمهنى إلى أعلى مستوى ممكن، ولهذا فإن على كل من الأخصائى الاجتماعى والتربوى والنفسى دوراً يؤديه لا فى الفحص المبدئى فحسب بل وفي مواصلة الإشراف على مثل هؤلاء الأطفال أيضاً. والواقع أنه بمجرد انتهاء المرحلة الحرجة الأولى من العلاج الجسمى تصبح المسئولية الرئيسية من نصيب الأخصائى الاجتماعى والنفسى.

ثالثاً: أمراض القلب Cardiac Conditions

انتشرت فى القرن الحالى أمراض القلب العضوية والوظيفية لأسباب يحصرها العلماء فى أسباب حضارية ونفسية ومعيشية من غذاء ومسكن .. إلخ.

وأمراض القلب متنوعة ومتعددة تتمثل خطورتها فى أنها تمس أهم عضو فى جسم الإنسان يتحكم فى سلامة حياة الفرد وبقائه، وفى إصابته بمرض من الأمراض ما يهدد هذه الحياة وهذا البقاء.

وإدراك الإنسان لأهمية هذا العضو وخطورة الإصابة فيه يشكل مشكلة نفسيّة واجتماعية تؤثر على السلوك الاجتماعى لمريض القلب ويضاعف من مسئولية الخدمة الاجتماعية.

وأمراض القلب مثلها مثل الكثير من الأمراض ترتبط بالسن، والاستعداد الوراثى، والظروف الاجتماعية والشخصية للمريض، فقد تظهر فى مرحلة الطفولة أو فى مرحلة المراهقة، أو فى النضوج، أو فى مرحلة الشيخوخة.

وهناك أنواع كثيرة من هذه الأمراض فمنها أمراض خلقية وأخرى مكتسبة، ولو أن أكثرها انتشاراً هو ذلك النوع الناتج عن أسباب آلية (ميكانيكى).

أسباب الإصابة:

من المعروف أن غرف القلب تفصلها صمامات تفتح وتقفل مع كـل ضربة للقلب، وتفتح هذه الصمامات على آخرها حتى تسمح بانـدفاع الـدم خلالها بدون أى صعوبة، ثم تقفل بإحكام حتى لا يتسرب الدم ثانياً فى اتجاه مضاد.

وفى مرض القلب الشائع تصاب هذه الصمامات فلا تقوم بوظيفتهـا بطريقة متكافئة فإما أنها لا تفتح إلى نهايتها أو أنها لا تقفل بإحكام، ويضطر القلب نتيجة لذلك أن يزيد من عمله لتعويض هذا النقص المستمر.

أما حالات النوبة القلبية فيرجع السبب فيها إلى مرض فى الـشريان الذى يغذى القلب نفسه، وهو الشريان الإكليلى الذى يمكن تـشبيهه بـشبكة أنابيب المياه التى تغذى إحدى المدن، فإذا ما انسدت أنبوبة صغيرة من هـذه الشبكة انسدادا كاملاً بحيث ينقطع تدفق الدم بجزء صغير من القلب، كانـت تغذية هذه الأنبوبة تعرض القلب للإصابة بالنوبة القلبية.

أما الذبحة الصدرية فتحدث نتيجة حرمان مفاجئ لقطاع صغير مـن عضلة القلب من قدر كاف من الأكسجين، وتتغـذى عـضلة القلـب بهـذا الأكسجين بواسطة فروع الشريان الأكليلى متأثرة فى ذلك بنـوع العمـل أو النشاط الذى يقوم به المرء فإن كان الشخص مستريحا أو نائماً فإن كمية الدم تبلغ حدها الأدنى، ولكن إذا قام بمجهود احتاج إلى كمية أكبر ولذلك يجـب على القلب أن يزيد من نشاطه حتى يتمكن من دفع هذه الكمية الزائدة.

ويحدث نفس الشيء عندما تثور أعصاب الإنسان أو يضطرب لسبب ما، ذلك أن المخ يتطلب حينئذ كمية كبيرة وعاجلة من الدم.

وفى كلتا الحالتين تتفتح جميع فروع الشريان الأكليلى بما فى ذلـك أدق الشعيرات حتى تسمح للدم الزائد أن يسرى خلالها.

فإذا لم يتمكن أحد فروع الشريان الأكليلى لسبب ما من التفتح فإن القطاع الصغير من عضلة القلب الذى يغذيه هذا الفرع بالذات سيحرم من القدر الكافى من الأكسجين، ويسبب هذا الحرمان ألماً فى الصدر وهذا هو سبب حدوث الذبحة الصدرية.

كما أن هناك حالات أخرى تدخل فى نطاق أمراض القلب لا يتسع المجال لسردها كحالات روماتيزم القلب التى كثيراً ما تكتشف لدى صغار السن كمضاعفات لأمراض أخرى أهمها الحمى الروماتيزمية التى إذا لم تكتشف فى وقت مبكر وتعالج فإنها تؤثر على الغشاء المبطن للقلب وصماماته مما يؤدى إلى تلفها.

ولقد أحدث التقدم العلمى الطبى ثورة فى تصور المرض كما أمكن التغلب على كثير من المضاعفات وفى مقدمتها حالات الاستسقاء (مثل تورم الرجلين) التى كانت تعتبر فيما مضى علامة سيئة وذلك بفضل المستحضرات الطبية الحديثة. كما أنه فى حالة انسداد أحد صمامات القلب أو تضخمه تجرى أحياناً عملية جراحية حتى يسمح للدم بالتدفق بحرية أكثر.

وفى النهاية نقول أنه إذا أمكنا السيطرة على الأنواع المختلفة لأمراض القلب فى الوقت المناسب بحيث لا تحدث أى ضرر فى مستهلها، وإذا التزم أولئك الذين انتشرت فى أسرهم بعض أمراض ضغط الدم الحياة التى تبعدهم عن الإصابة بتصلب الشرايين أن يكون مرض القلب هو أكثر أسباب الموت شيوعاً كما هو الحال اليوم وإنما سيصبح أندر أسباب الموت.

علاج مرضى القلب:

مهما يكن من أمر المرض الذى يصيب القلب فإن العلاج الأساسى هو الحد من نشاط المريض إلى الدرجة التى يحتملها القلب بغير أن يصاب بضرر جديد، وتجب أن توضع كل حالة اضطراب قلبى تحت رعاية

الطبيب، فإذ قرر وجوب ملازمة المريض للفراش فينبغى تنفيذ هذا القـرار بكل دقة. وفى هذه الحالة لا يجوز للمريض مغادرة الفراش ولهـذه القاعـدة أهميتها الخاصة فى حالة الأطفال الذين أصيب قلبهم بالروماتيزم لأن ملازمة الفراش فترة طويلة عند حدوث أى نوبة روماتيزم قلبية قد تنقذ المريض من ضرر بالغ، ويجب اختيار الوظائف التى يقل فيها العمل اليدوى إلـى الحـد الأدنى لمرضى القلب، وينبغى أداء قدر معين من التدريبات مـا لـم يـأمر الطيب بالكف عنها فالمشى أو الألعاب البسيطة التى لا تقتضى قدراً كبيـراً من الجهد لا تضر مريض القلب. وعموماً يجب أن يراعى المريض كل مـا يتصل بحالته الصحية بوجه عام.

دور الخدمة الاجتماعية مع مرضى القلب:

إن التغلب على الحالات الروماتيزمية فى الوقت المناسب، والتـزام أولئـك الذين انتشرت فى أسرهم أمراض ضغط الدم بالحيـاة التـى تبعـدهم عـن الإصابة بتصلب الشرايين لأدّى ذلك إلى تخفيف حدة مرضى القلب، من هذا يتضح أهمية التوعية بضرورة الكشف الطبى المبكر والعلاج الفورى لحالات حمّى روماتيزم القلب، وكذلك الوقاية من مرض الزهرى، واكتشافه مبكـرا مع علاجه الفورى، وتجنب الأماكن الرطبة سيئة التهوية التى تؤدى للإصابة بالروماتيزم.

وتلعب الخدمة الاجتماعية دوراً رئيسياً فى هذا الدور الوقائى، ويمكن للأخصائى الاجتماعى الذى يعمل فى مؤسسة لرعاية مرضى القلب وخاصة الأطفال المصابين بحمّى روماتيزم القلب أن يعقد اجتماعـات مـع الآبـاء وتنويرهم بطرق الوقاية السليمة، وكيفية معاملة هؤلاء الأطفال خاصة فـى البيئة المتخلفة اجتماعياً، كما تهتم الخدمة الاجتماعية بالبحوث الميدانية فـى

هذا المجال، وتدريب العاملين فى مجال رعاية مرضى القلب لرفع مستوى الخدمة.

كما أن لخدمة الفرد أهمية خاصة فى هذا المجال، فالصدمة الأولى للفرد عند معرفته بإصابة أهم أجزاء جسده تولد فى نفسه مشاعر ومخاوف من المرض ومن المستقبل ويصبح فى اشد الحاجة لخدمات أخصائى خدمة الفرد كى يوضح له حالته ويخفف من التوترات المنزلية أو المدرسية أو المهنية، وكذلك تنظيم حياة الأطفال المرضى داخل المؤسسة حتى يلتزموا بالراحة المناسبة حسب تعليمات الطبيب، واختيار أبناء الأسر المستحقة اجتماعياً لخدمات المؤسسة التى ترعى الأطفال بناء على دراسة التاريخ الاجتماعى، وكذلك كل ما يتصل بتكيف المريض داخل المؤسسة والتأهيل المهنى المناسب والتشغيل والتتبع حتى يستقر المريض بنجاح فى عمله الجديد. هذا فضلاً عن خدمة الجماعة فيما يتصل بالترويح داخل المؤسسة والتدريبات على العادات الصحية والاجتماعية والخلقية الحميدة من خلال برامج خدمة الجماعة.

رابعاً : الدرن (السل) :

يعتبر الدرن والجذام والأمراض التناسلية من الأمراض المعدية التى لها آثار اجتماعية واضحة، ويترتب على انتشارها فى المجتمع عواقب وأضرار اجتماعية واقتصادية بجانب الأضرار البدنية. والدرن من أكثر الأمراض المعدية التى تؤدى إلى العجز المزمن والوفاة وهو ينتشر فى المجتمعات التى تعيش تحت ظروف معيشية منخفضة وبين الفئات الفقيرة، ويعتبر مدى انتشاره أحد مقاييس المستوى الاجتماعى والرعاية الاجتماعية فى المجتمع، ومما يؤكد هذا أن معدلات الإصابة بالدرن قد انخفضت انخفاضاً واضحاً فى المجتمعات التى أولت اهتماماً خاصاً بتحسين المسكن

والتغذية وظروف العمل والمستوى العام لمعيشة السكان. والسبب الأساسي للدرن ميكروب الدرن، وهو نوع من الباسيلات متعددة الأنواع منها النوع الإنساني ومنها النوع البقرى. ويموت باسيل الدرن بتعرضه لأشعة الشمس مباشرة وبالحرارة والمطهرات، ويمكن لباسيلات الدرن أن تعيش فى البصاق الجاف لمد طويلة.

مصادر العدوى:

أهم مصدر للعدوى هو الرئتين والشعيبات للإنسان المصاب بمرض الدرن الرئوى النشط، وتخرج باسيلات الدرن مع إفرازات الجهاز التنفسى مع الكحة والسعال والعطس أو أى مجهود تنفسى وذلك عن طريق الأنف والفم. وقد يستنشق هذه الميكروبات مباشرة على شكل رذاذ، أو قد تكون صغيرة معلقة بالجو إلى أن تستنشق، أو تلتصق بذرات الغبار عند الكنس، وتتم العدوى عن طريق الأيدى الملوثة من الإفرازات وتنتقل مباشرة للفم أو لتلوث الطعام وأدوات الأكل، أو شرب اللبن الملوث من حيوان مريض بالدرن، أو من إفرازات الخراريج الدرنية. وقد تنتقل العدوى من الحيوان المريض فى الزرائب إلى العاملين فيها.

طرق العدوى:

تحدث العدوى بطرق ثلاث:

١- عن طريق الجهاز الهضمى حيث تصل الميكروبات إلى اللوزْ ومنها إلى الغدد الليمفاوية.

٢- عن طريق الجهاز التنفسى بحيث تصل الميكروبات عن طريق الأعضاء التنفسية إلى الأوعية الليمفاوية ومنها إلى الغدد الليمفاوية، كما تتسرب إلى الدم لتستقر فى الرئة.

٣- عن طريق الجلد وهى من الحالات النـــادرة وإن كـــان لهـــا نفـــس الخطورة.

أنواع الدرن:

١- التدرن الرئوى وهو أكثر الأنواع شيوعاً ينتقل ميكروبـــه بواســـطة الإنسان.

٢- التدرن البريتونى وهو الذى يصيب الغشاء المخاطى المبطن للأمعاء وجدار البطن وينتشر هذا النوع بين الأطفال والمراهقين.

٣- تدرن الأمعاء وهو الذى يصيب الأمعاء وأعراضه الإسهال الـــشديد والمغص والهزال وارتفاع درجة الحرارة.

٤- تدرن العظام ويحدث فى عظام العمود الفقرى مما يؤدى إلى تآكلهـــا وانحناء الظهر.

٥- الخرّاج البارد وتكون الإصابة على شكل خرّاج فى إحدى الأمـــاكن التى تعرضت للإصابة وتسبب ما يشبه الخرّاج.

الأعراض والتشخيص:

يمكن إيجاز أعراض المرض فى الإحساس بالإجهاد مع ارتفاع فـــى درجة الحرارة، العرق الغزير أثناء النوم وخاصة فى المساء، فقدان للـــشهية مع الشعور بالألم فى الصدر، السعال وأحياناً ظهور الدم فى البصاق.

ويعتمد التشخيص الأكيد للدرن على نتائج :

١- اختيار التيوبركلين Tuuberculin Test.

٢- الكشف بأشعة إكس.

٣- الاختبار البكتريولوجى.

حجم المرض:

يقدر العلماء وجود أربعة حالات درن رئوى فى كل ألف من السكان فى المجتمعات المتقدمة، أما فى المجتمعات النامية فاحتمال الإصـــابة بهـــذا المرض تكون أكبر من هذا المعدل، أى حوالى من ٥ – ٦ فى الألـــف مـــن السكان.

طرق العلاج:

١- العلاج بالمنزل:

وهو أسلوب يستخدم فى الحالات التـــى اكتـــشف مبكـــراً أو أمكـــن السيطرة على الميكروب وهو مازال فى أول مراحل نشاطه. ويكون العلاج بالأدوية المضادة مع الإرشادات الصحية المناسبة لمنع العـــدوى، ومراعـــاة التغذية والتهوية والتعرض للشمس.

٢- العلاج بالمصحة:

ويستخدم هذا الأسلوب فى الحالات التى تستلزم عناية خاصة ورعاية مباشرة حيث توفر المصحة فرص الحياة فى بيئة صحية وتحـــت ظـــروف مناسبة. وبجانب توفير الإشراف الصحى التام تقوم المصحة بإعداد المريض والناقة لحياته العادية المستقبلة وذلك بتقديم برامج رياضية وترويحيـــة مـــع فرض الراحة الإجبارية. وبصفة عامة فإن مصحات الدرن تعتبر من أكثـــر أساليب العلاج فاعلية وخاصة لأن المريض يحتاج إلى فترة طويلة للعـــلاج الأمر الذى يتطلب عناية وإشرافاً صحياً مستمراً طوال فترة المرض.

٣- العلاج بالجراحة:

ويتم باستعمال إبرة لإدخال الهواء فى الرئة أو قد تكون استئـــصال فص من الرئة أو المرئ كلها، بهدف راحة الرئة أو التخلص من البؤرة التى يصعب علاجها.

وهناك أيضاً العلاج بالعقاقير المضادة للدرن وخاصة فى الحالات التى لا تحتاج لجراحة لمدة لا تقل عن سنة حتى يمكن تسكين أو اختفاء علامات المرض.

ومن الجدير بالذكر أنه ليس هناك شفاء من الدرن بل تتحول الحالات من حالات نشطة إلى حالات كامنة، وهذه الحالات الكامنة من الممكن أن تنشط ثانية إذا لم يتبع المريض فى حياته قواعد صحية تتناسب مع حالته.

إجراءات مكافحة الدرن:

١- التثقيف الصحى للمجتمع فيما يتعلق بأهمية الدرن وطرق انتقال العدوى وطرق المكافحة.

٢- توفير المستوصفات والمعامل وأجهزة الأشعة والمعدات الأخرى الضرورية للكشف على المرضى والمخالطين لعلاج الحالات النشطة.

٣- الرعاية المنزلية للإشراف على المرضى فى منازلهم وتيسير الكشف على المخالطين.

٤- التحصين بال بى . سى . جى للمخالطين والأطباء وهيئة التمريض وغيرهم من المعرضين للإصابة فى أعمالهم.

٥- الوقاية من غبار السيلكا فى المناجم والكسارات أو فى الصناعة.

٦- الكشف الدورى بالأشعة على الفئات المعرضة مثل هيئات التمريض وعمال بعض الصناعات والمعلمين فى المدارس.

٧- التبليغ عن الحالات التى تظهر عليها أعراض المرض.

٨- العلاج الفورى للحالات المصابة بالعقاقير أو بالجراحة.

٩- تطهير البصاق وأدوات المريض الملوثة.

١٠- الوقاية من المرض بالتطعيم الواقعى وتجنب مخالطة المرضى.

١١- الاهتمام بنظافة الأطعمة والمشروبات وتجنب الأماكن المزدحمة.

سيكولوجية مريض الدرن:

الدرن ليس مشكلة طبية فحسب ولكنه مشكلة نفسية واجتماعية أيضاً، ولقد قيل فى هذا الشأن ابحث عن المرض فى عقل المريض قبل أن تبحث عنه فى صدره. فالمشكلات النفسية تبدأ منذ لحظة إخبار المريض بإصابته حيث يبدأ فى استرجاع ما سمعه فى صغره وشبابه عن معنى هذا المرض فى نفسه وما صوره له الآخرون عنه ومصير من يصاب به فيصاب بصدمة نفسية Emotional Shock خاصة من ذوى الحساسية الشديدة، وهنا تبدأ المخاوف فى الظهور بصور مختلفة منها:

١- الخوف من الابتعاد عن أسرته وبيئته الطبيعية.

٢- الخوف من احتمال الوفاة.

٣- الخوف من العمليات الجراحية.

٤- الخوف من العجز.

٥- الخوف من انتقال العدوى إلى غيره من أفراد أسرته.

٦- الخوف من فقد مكانته فى المجتمع وفى المنزل.

٧- الخوف من الضعف الجنسى وبالتالى عدم إخلاص زوجته وابتعادها عنه، لهذا كان من الملاحظ أن الكثيرين من المرضى يتلكأون فى الكشف على صدورهم رغم ظهور أعراض واضحة عليهم، ويتجنبون الذهاب إلى الطبيب للكشف الطبى كأسلوب إنكارى لا شعورى أو شعورى أو كردود أفعال عكسية يحاولون بها أن يطمئنوا أنفسهم بأنهم أصحاء ليتجنبوا لحظات ألم دفاعا منهم عن ذاتهم التى تهدد الخطر. ومن الطبيعى أن يتفاوت الأثر السيكلولوجى من فرد لأخر فهناك من يستخدم المرض لا شعوريا للانتقام من

الغير أو لاستدرار العطف أو تغلب نزعة الأنانية والحقد والعدوان والحزن والانخراط فى البكاء.

الخدمة الاجتماعية لمرضى الدرن:

إن الصبغة الاجتماعية للمرض تزيد من مسئولية الخدمة الاجتماعية منذ اللحظة التى يتقدم فيها المريض طالباً الكشف عليه وتستمر حتى اللحظة التى يعود فيها إلى سابق حياته العادية أى اجتياز العلاج والنقاهة وفترة التدريبات الخفيفة المتدرجة التى قد تستمر لسنوات طويلة. فكما علمنا أن مريض الدرن يقاوم منذ اللحظة الأولى وجود المرض ذاته لما يسببه من مخاوف وآلام تهدد استقراره النفسى وتهدد ذاته باخطار رهيبة، وبعد التأكد من أنه مريض تنتابه أزمات نفسية حادة وقلق شديد على ذاته وحياة الأسرة وعمله.

وقد يحوّل الأخصائى أسرة المريض إلى إحدى الجمعيات التى ترعى أسر المصدورين، وبهذه المعونة النفسية والمساعدات الاجتماعية تمر فترة الصدمة الأولى بسلام لتبدأ مرحلة تالية من الخدمات أثناء العلاج بالمصحة وأثناء فترة النقاهة، فالأخصائى الاجتماعى داخل المصحة هو مصدر أمن للمريض يلجأ إليه كلما ألّمت به أزمة من الأزمات، كما أنه منظم للنشاط الجماعى والترويحى والاجتماعى والثقافى والرحلات حتى يهيىء للمريض جواً من البهجة والسرور.

كما يقوم الأخصائى الاجتماعى بتوعية المريض بأهمية المواظبة على العلاج وتناول الغذاء الكافى والمسكن الصحى ومحاولة عدم انتشار المرض بين المخالطين به.

المؤسسات التى تتولى علاج الدرن طبياً واجتماعياً :

تنقسم هذه المؤسسات من حيث نوعها إلى حكومية أو شبه حكومية أو أهلية:

المؤسسات الحكومية :

١- المستوصف.

٢- المصحة (مستشفى الأمراض الصدرية).

المؤسسات الشبه حكومية والأهلية :

١- المصحات الوقائية للأطفال.

٢- مستعمرات الناقهين.

٣- مراكز وأقسام التأهيل المهنى.

٤- منشآت الحالات الدرنية المزمنة.

خامساً : السرطان :

أسباب المرض :

بالرغم من كل ما يبذل من جهود علمية للحد من انتشار السرطان إلا أن مشكلته فى اتساع كل عام حتى فى أرقى الدول المتقدمة، فهو كمرض القلب يصيب الناس فى منتصف العمر غالباً وخاصة المتقدمين فى السن. وعلى ذلك كلما زاد متوسط عمر الفرد فى بلد من البلاد كلما زادت نسبة الإصابة بالسرطان وأمراض القلب. ففى الولايات المتحدة الأمريكية مثلا كان متوسط عمر الفرد عام ١٩٠٠ (٥٠ سنة) وكان الدرن هو السبب الرئيسى فى الوفاة وكان ترتيب مرض القلب الثالث والسرطان السابع فى القائمة، ولكن الآن بعد أن أصبح متوسط عمر الفرد فى أمريكا ٧٠ سنة أصبح مرض القلب ومرض السرطان هما أكثر الأمراض سبباً فى الوفاة. والإصابة

بالسرطان متقاربة بين الرجال والنساء، فغالباً ما تصاب النساء بسرطان الرحم والثدى، وغالباً ما يصاب الرجال بسرطان المثانة والرئة.

والأورام التى تنتشر فى الجسم تسمى بالأورام الحميدة مثل الأورام الدهنية ويكمن خطرها فى ضغطها على أعضاء أخرى من الجسم يطلق عليها الأورام الخبيثة أو السرطان، ويكمن خطر السرطان فى أنه لا يتوقف على النمو ويعمل على القضاء على الخلايا الطبيعية.

وأحياناً يكون انتشار مرض السرطان بطيئاً إذ تنفصل قطع صغيرة حية منه تسمى الثانويات وتحمل داخل الأوعية الدموية واللمفاوية إلى أجزاء أخرى من الجسم وتباعا تستقر هذه الثانويات فى العقد اللمفاوية والأوعية الدموية حيث تبدأ فى تكوين أورام ثانوية ثم تحدث بعد ذلك انتشاراً كبيراً فى الجسم فى مدة تتراوح بين شهر إلى سنين عديدة. وهنا تعجز الجراحة عن علاجه لأنه يكون قد استشرى فى كل أجزاء الجسم.

إن صورة أسباب السرطان مازالت مهزوزة عند أغلب العلماء فيقول البعض أن تهيج الجروح العادية وبعض الأمراض المزمنة مثل الشامة (الحسنة) والثآليل (الكالو) قد تؤدى للإصابة بالسرطان، وهنا يحذر تهيجها باستعمال الأمواس. ويرى آخرون أن التعرض للكثير من الإشعاعات على الجلد يسبب الإصابة بسرطان الجلد – كما لاحظ البعض أن بعض الكيماويات مثل الصباغة والقار (الزفت) والأسفلت والزرنيخ وغيرها تؤدى للإصابة بالسرطان – وقد أوضحت جمعية السرطان الأمريكية فى دراسة لها العلاقة بين كثرة التدخين والإصابة بسرطان الرئة وخاصة لمن يدخنون علبتين أو أكثر فى اليوم، وبصفة عامة فإن احتمال إصابة المدخن بالسرطان أكثر حدوثاً من غير المدخنين. ويعتقد بعض العلماء أن هناك علاقة بين البلهارسيا والإصابة بسرطان المثانة.

ومن المفارقات الغريبة أن بعض العوامل التى عـرف عنهـا أنهـا تسبب السرطان تستعمل نفسها فى علاجه، فالتعرض لكثير مـن الإشـعاع يسبب السرطان ولكن إذا استعملت الأشعة استعمالاً دقيقاً فإنها تكون سـلاحاً قوياً ضد المرض، وهناك مادة كيميائية لإحداث الإصابة بسرطان الرئة فـى الفئران أصبحت تستعمل فى علاج سرطان الجلد، والدم فى الإنسان.

وحتى الآن لا يعرف أحد عن سبب واحد للإصابة بهذا المرض بـل أن هناك عوامل تسبب السرطان فى عضو ما قد لا تمت بصلة إلى العوامل الأخرى التى تسبب السرطان فى عضو آخر.

أعراض المرض:

١- نزيف أو إفراز غير مألوف.

٢- ورم أو تضخم بالثدى أو الرحم أو أى مكان آخر.

٣- قرحة استعصى التآمها.

٤- تغير مستمر فى عادات الإخراج والتبول.

٥- سعال أو بحة صوتية مستمرة.

٦- عسر هضم مستمر أو صعوبة فى البلع.

ويعتمد تشخيص السرطان فى التحليل الختامى على معرفـة خلايـا السرطان تحت المجهر بواسطة علمـاء تـدربوا علـى تـشخيص الأورام، والأسلوب المتبع هو أخذ عينة حية للفحص، ويستلزم ذلك أخذ جـزء مـن النسيج المشكوك فى أنه ورم خبيث وهذه عملية سهلة إذا ما كـان موضـع النسيج قريبا من إحدى فتحات الجسم أو على سطحه. أما إذا كـان الـورم عميقا مثل حالة سرطان الرئة فهذا يستدعى إدخال منظار داخـل القـصبة الهوائية حتى الرئة واستخراج جزء صغير جدا منه ثم يصبغ ويفحص تحت المجهر. وفى حالة سرطان الرحم تؤخذ كمية صغيرة من الإفراز عند فتحة التناسل توضع على شريحة زجاجية ثم تصبغ لفحـصها تحـت المجهـر.

وبالمثل يمكن فحص رواسب البول وغسيل المعدة فى حالة سرطان المثانة والمعدة، ولكن تحليل الخلية ما هو إلا علامة فقط والنتيجة النهائية دائماً تتحدد بفحص عينة من الأنسجة.

علاج السرطان:

١- إن الجراحة والإشعاع هما الآن الطريقتان الوحيدتان المعترف بهما فى علاج السرطان، ويساعد فى ذلك بعض الشىء العلاج بالكيماويات خاصة فى حالة سرطان الدم فى الأطفال.

٢- إن الاكتشاف المبكر للمرض مع العلاج النووى هو أنجح طريقة للعلاج وهذا يتطلب ضرورة القيام بالكشف الدورى المنتظم.

٣- أن استئصال أورام السرطان بالجراحة يجب أن يكون استئصالاً كاملاً، أو تدمير خلايا السرطان تدميراً تاماً باستخدام أشعة إكس والراديوم، كما تستخدم الآن أيضاً النظائر المشعة للكوبالت فى العلاج والتشخيص.

مشكلات المريض ودور الخدمة الاجتماعية:

إن أهم مشكلات المريض بالسرطان ثلاث:

١- الحصول على العلاج الطبى الكامل.

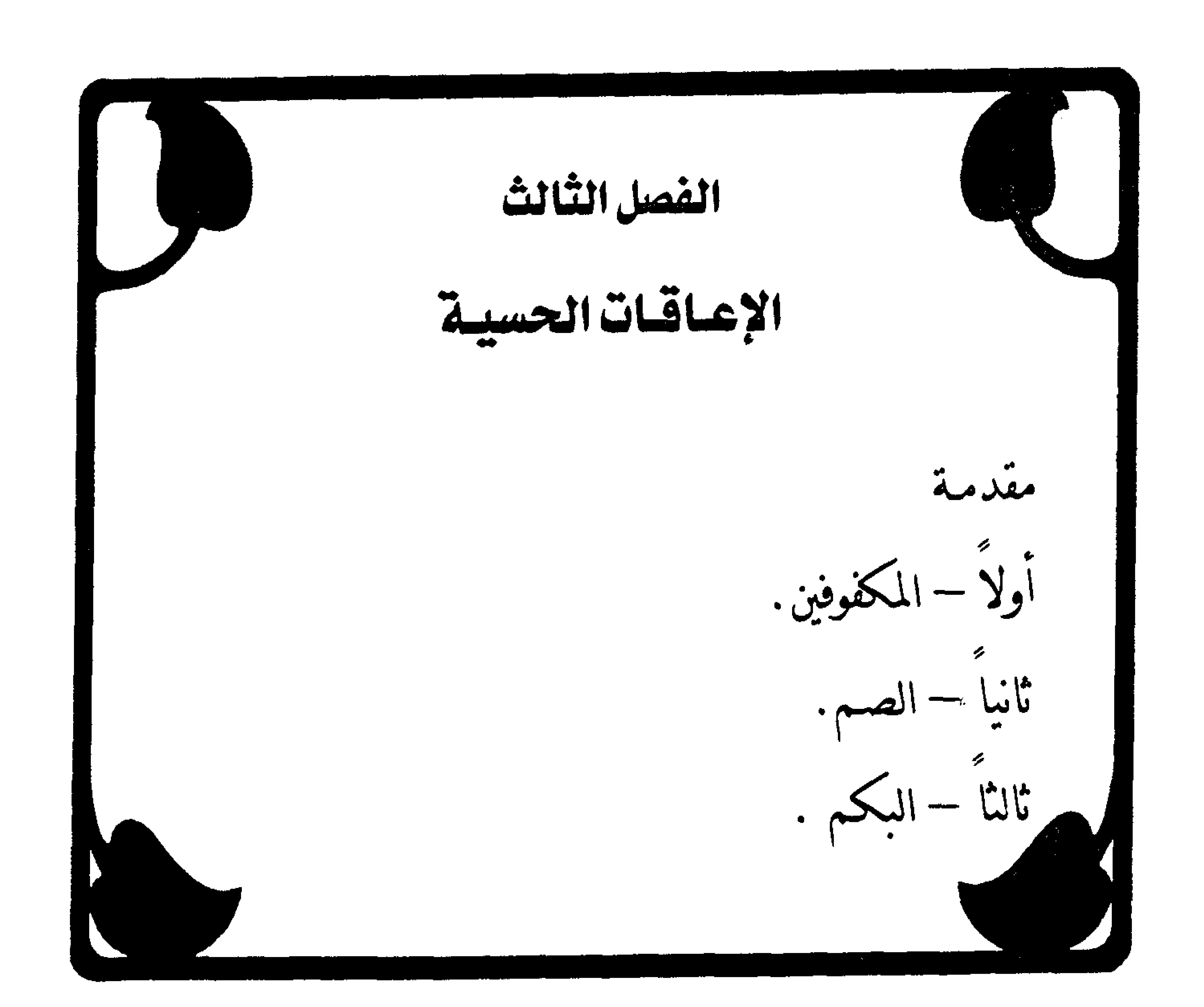
٢- المشاكل البيئية التى سببها المرض.

٣- المشاكل النفسية التى تنتج عن مواجهة المريض لمرضه.

ودور الخدمة الاجتماعية مع مرضى السرطان له طابع خاص، فالموقف المهنى للإخصائى الاجتماعى يتطلب منه أن يرى المريض كفرد يواجه موقفاً يهدد سعادته وراحته لا كضحية تستحق الرثاء لمرض غير قابل للشفاء، وعلى الأخصائى أن يساعد المريض فى الكشف عن نواحى القوة فيه واستغلالها، وهذا هو أساس بناء الأصل فى المريض، ولن يتقبل عجزه إلا باقتناعه بإمكانية التعويض عنه ولو جزئياً. وبما أن فاقد الشىء لا يعطيه لذا فالأخصائى الاجتماعى يحلل شعوره ويضبطه إزاء الألم والتشويه والعمليات

الجراحية والموت حيث يستطيع أن يواجه شخصية المريض كشخص يحتاج للمساعدة العاطفية الإيجابية أى المشاركة الوجدانية الممزوجة باكتشاف إمكانيات المريض المتبقية واستغلالها أقصى استغلال ممكن مع إزالة الحواجز النفسية والمشكلات المادية والاجتماعية والمخاوف التى تعوق انطلاق قدرة المريض.

- وبالنسبة لمشكلات المريض الطبية يجب على الأخصائى الاجتماعى مساعدة المريض على الإسراع فى العلاج ومعرفة أنواع العلاج المتاحة ومدى فاعليتها وتقبل توصيات الطبيب العلاجية والالتزام بها.
- أما عن المشكلات البيئية التى سببها المرض فيعمل الأخصائى على إزالة ما يقف فى سبيل العلاج من عقبات مثل إعالة أسرته حتى يتمكن المريض من توجيه قدراته لمواجهة مرضه، وفى بعض الحالات يمكن للأخصائى توضيح هذه العقبات بالنسبة لبعض المرضى الذى لا يفصحون عنها والتنبؤ بالمضاعفات التى لا يدركها المريض حتى لا يحدث مستقبلاً ما يقطع سير العلاج مثل تكاليف الأغذية الخاصة والأجهزة الطبية وخلافه.
- أما بالنسبة للمشكلات النفسية المترتبة على المرض فعلى الأخصائى تكوين علاقة مهنية طيبة مع المريض لإقناعه بتقبل مرضه وعلاجه، وعليه مساعدته فى التعبير عن مشاعره السلبية ومخاوفه ومحاولة التخفيف من آثارها، ومشاركته فى مواجهة المشكلات الأسرية والمهنية والتكيف مع المستشفى وبث الأمل فى المستقبل بتعبئة القدرات المتبقية بواسطة برامج التأهيل المهنى.



الفصل الثالث

الإعاقات الحسية

مقدمة

أولاً – المكفوفين .

ثانياً – الصم .

ثالثاً – البكم .

مقدمة

تكون لدينا عن طريق الحواس المعلومـــات الكثيـــرة عـــن ملايـــين الانعكاسات والمؤثرات من رصيد المنظورات والمسموعات والمـــشمومات والمحسوسات والملموسات والمتذوقات.

وتتم عملية الإحساس بالشيء عندما يصل الموجود المادى الخارجي إلى الحواس فتصعد به الخلايا العصبية الحـــساسة إلـــى المراكـــز المخيـــة الخاصة، والإنسان فى ممارساته الحيوية يعتمد أولاً على حاسة البصر وتليها حاسة اللمس ثم السمع ثم الشم وأخيراً التذوق. وتتكون قدرة الإنـــسان علـــى الإدراك نتيجة الإحساسات التى يحصل عليها عن طريق هـــذه المـــستقبلات التى تميزه عن غيره وتجعله مبتكرا أو مبدعا. معنى ذلك أن إحساساتنا وما نشعر به، وما نقوم به من أعمال يعتمد كله على الجهاز العـــصبى، الـــذى يحصل على غذائه اليومى من الحواس المختلفة على طريـــق المـــستقبلات الخاصة.

ونستطيع أن نقول أن المعوق حسياً هو الشخص الذى لديه عجزاً فى أحد هذه الحواس وتكون قدراته أقل فيها بالنسبة للشخص العادى.

ولا يتسع المجال فى هذه الدراسة لكى نعرض لكل الإعاقات الحسية. ولذلك سوف نقتصد على بعض الأمثلة منها كالمكفوفين، الصم، البكم.

أولاً: المكفوفين Binds

مقدمة:

يشكل المكفوفين الغالبية العظمى من المعوقين فى البلاد العربية عامة ومصر بصفة خاصة، إلا أن حدة الإبصار تختلف من فرد إلى آخـــر ومـــن عمل إلى آخر فهناك أعمال ومهن تتطلب مستويات معينة من حدة الإبصار

ومن لا يجتاز هذه الاختبارات يعتبر غير لائق بصرياً للعمل فيها فهم مكفوفون بالنسبة لمهنة معنية ولكنهم مبصرون بالنسبة لأعمال أخرى لا تتطلب مثل هذه القدرات البصرية، أى أن هناك نسبة أكبر من المكفوفين قانوناً بين الناس وإن اختلفت درجة الكف لديهم.

تعاريف:

يعرّف الناس الكفيف عادة بأنه الشخص الذى فقد بصره كلية، ولكن هناك تعريفات تمثل جوانب مختلفة يمكن أن نعرضها على الوجه الآتى:

أ- التعريف التربوى:

الكفيف هو ذلك الشخص الذى تقل درجة أبصاره عن ٢٠ على ٢٠٠ فى العين الأقوى، وذلك باستخدام النظارة لأن مثل هذا الشخص لا يمكنه الاستفادة من الخبرة التعليمية التى تقدم للعاديين.

ب- التعريف الاجتماعى:

الكفيف هو الشخص الذى لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو كانت قدرته على الأبصار عديمة القيمة اقتصادياً، أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى.

ج- التعريف القانونى:

تعرّف منظمة العمل الدولية الكفيف بأنه من كانت درجة إبصاره ٣ على ٦٠ على الأكثر فى أحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية، أو بعبارة أخرى من كان عاجزاً عن عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية. ويعتبر كفيفاً كذلك من كان مجال البصر عنده لا يزيد عن ٢٠ درجة مهما كانت قوة إبصاره.

وقد دلت الإحصاءات على أنه من بين كل أربعة من فاقدى البصر قانونا، يوجد ثلاثة لا تزال لديهم بقية من قدرة على الإبصار، والكثيرون من

الذين تعطل إبصارهم يستطيعون القراءة ثانية باستخدام عدسات بصرية خاصة وجديدة مثل النظارات الطبية أو العدسات اليدوية المكبرة مع تطوير وتحسين هذه العدسات حتى تستطيع الانتفاع بالقدر المتبقى من قوة الإبصار إلى آخر حد.

حجم مشكلة المكفوفين:

تعتبر مصر من الدول التى يزيد فيها نسبة المكفوفين بمقارنتها بالدول المتقدمة وعدد من الدول النامية. إلا إنه من الملاحظ أن عدد المكفوفين فى بلادنا أخذ فى التناقص التدريجى بتوالى الجهود الطبية والرعاية الصحية والتعليم.

وتوضح الإحصاءات أنه يوجد فى بلادنا حوالى ١٥٠ ألف كفيف على الأقل آخذين فى الاعتبار احتمال حدوث ثغرات فى الأرقام نتيجة لعدم دقة الإحصاءات بصفة عامة للمعوقين. وهذه نسبة عالية إذا ما قورنت بدول أخرى عديدة، فالولايات المتحدة الأمريكية تبلغ نسبة المكفوفين بها -,١% وهولندا ٤,-%.

فلسفة تأهيل الكفيف ورعايته:

لقد نادت الحركة الديمقراطية بتكافؤ الفرص والمساواة بين الأفراد بصرف النظر عن جنسهم ولونهم، ودينهم، والكفيف كعضو فى المجتمع عليه واجبات وله حقوق والتى من أهمها أن تمكنه الجماعة من ممارسة نشاطه فى حدود قدراته وغيرها، وما أسفرت عنه البحوث فى الدراسات الإنسانية قد أدى إلى نتائج ملموسة الأثر فى هذا الاتجاه أهمها:

أ- أن الكفيف كمواطن له كامل الحقوق التى لغيره من المواطنين.

ب- أنه بسبب عائقة عرضة للتخلف عن الآخرين، وبالتالى لعدم ممارسة حقوقه وعدم الوفاء بواجباته، مالم يتمكن من التغلب على هذا العائق.

ج- إن الكفيف قادر على أن ينتج وأن يساهم مع الآخرين إذا ما كيّـف ووجّه.

د- إن المجتمع يعتبر مسئولا عن تكيفه وتوجيهه ليس من جانب الشفقة، بل واجبا محتم الأداء.

ه- إن الهدف من أى نوع من الخدمات التى تقدم للكفيف هو تمكينه من الاستقلال والاعتماد على نفسه.

معنى ذلك أن تأهيل الكفيف يقصد به تربيته حسيا وعقليا حتى يصل إلى أقصى ما يستطيع الوصول إليه من الكمال ليسعد فـى حياتـه الفرديـة والاجتماعية، فإذا ما انتهى دور التربية والتوجيه عمدت الرعاية التأهيلية إلى مساعدته ليشق طريقه فى المجتمع ولا يتعثر نتيجة للصعوبات التى تفرضها حالة فقدان البصر، وإذا ما كبر فى السن فإن الأمر ينتهى إلى مساعدته مادياً أسوة بغيره من المسنين.

أسباب كف البصر:

تختلف أسباب فقد البصر من بلـد إلـى أخـرى حـسب ظروفهـا وإمكانياتها ومدى ما يمنحه من رعاية لأفرادها، وتحدث الإصابة إمـا قبـل الولادة أو أثنائها أو بعدها، ولأسباب وراثية أو بيئية، وقـد تحـدث بـشكل مفاجئ أو تدريجيا. وفى بحث على تلاميذ المدارس فـى أمريكـا وجـد أن ٦٤,١% من الحالات ترجع لعوامل مؤثرة قبـل الـولادة، ١٣,٨% نتيجـة الأمراض المعدية، ٧,٣% لإصابات الحوادث ١٤,٦ للأمراض المختلفة.

وغالباً ما يرجع كف البصر إلى العوامل الرئيسية الآتية:

١- العوامل المؤثرة قبل الولادة:

وهى إما عوامل وراثية أو عوامل مؤثرة أثناء الحمل، وحتى الآن تعتبر المعلومات العلمية قاصرة على العوامل الوراثية والأمر لا يزال يتطلب مزيدا من البحوث فى هذا الميدان.

وعموماً فإن مرض الجلوكوما (المياه الزرقاء) يلاحظ بين أبناء الأبوين اللذين على درجة قرابة قوية بدرجة أكبر من المعدل العادى، مما يشير إلى أهمية العوامل الوراثية، وكذلك عمى الألوان وكبر حجم القرنية وطول النظر وقصره، ومن الأمراض التى تورث وتؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار الزهرى والسكر.

٢- العوامل المؤثرة أثناء الولادة:

إن الأم المصابة بمرض السيلان يخرج من قناة مجرى البول إفرازات صديدية كثيرة، هذه الإفرازات تعرض عيون الأطفال للعدوى أثناء عملية الولادة وتكون سببا فى الإصابة بفقد البصر فى كثير من الأحيان، كما أن الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل وعدم اكتمال نمو العينين يمكن أن يكون سبباً فى الإصابة بكف البصر.

أثر فقد البصر على شخصية الكفيف:

يتفق العلماء على أن الإصابة بفقد البصر يفسح المجال لظهور سمات شخصية غير سوية فى شخصية الكفيف كالانطواء والعزلة والميول الانسحابية، ويذكر كارل فينجز الآثار المترتبة على الشخصية نتيجة كف البصر:

١- التأثير فى نمو العمليات العقلية العليا كالتصور والتخيل وهى تلك العمليات التى تعتمد أساساً على البصر.

٢- التأثير فى قدرة الشخص على الاستثارة والتفاعل الوجدانى، تلك العمليات التى تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة، وفقدان

الكفيف لهاتين الوظيفتين يعطل جانباً هاماً من جوانب الشخصية المتكاملة، بل إن ذلك يجعل الكفيف أسير تصورات خاصة قد يشوبها الغموض والرهبة.

٣- عدم قدرته على الحركة مما يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الاتجاهات الطفيلية والنزعة الإتكالية.

٤- إن عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به وإمكانياتها يجعل تكيفه معها محصوراً فى إطار ضيق.

٥- إن فقدان البصر المبكر قد يصبغ صاحبه بسمات ضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن، ومن ثم إلى العزلة والانطواء. كما أن كف البصر المفاجئ يصيب صاحبه بالانقباض وأحياناً بالسلوك العدوانى، بل قد تؤدى إلى ميول انتحارية وخاصة إذا انقطع كل أمل فى الشفاء.

بعض الاعتبارات التى يراعيها الأخصائى الاجتماعى فى عمله مع الكفيف:

١- الحذر من الانسياق العاطفى عند التعامل مع الكفيف بسبب عاهته.

٢- ضرورة استبطان الأخصائى لنفسه جيدا قبل العمل مع المكفوفين لإدراك مدى تقبله للعمل فى هذا الميدان، والكفيف يدرك من خلال تعامله مدى صدق نوايا الأخصائى الاجتماعى نحوه وإحساسه بتقبله.

٣- الاستثارة والدافعية من أنجح الأساليب للتعامل مع الكفيف، هذه الاستثارة التى تحرك حاضر الكفيف نحو مستقبل أفضل.

٤- إذا كانت السمة الهامة للكفيف صغير السن هى العزلة والانطواء، وإذا كانت عند البالغ الانقباض وعدم الثقة بالغير والنفس، فإن السمة الغالبة لأسرة الكفيف هى الإحساس بالذنب وهنا تبرز مهارة الأخصائى الاجتماعى عند تعامله معهم.

٥- قد يصادف العلاقة المهنية بين الأخصائي الاجتماعي وعميله تبعاً لذلك تقلبات وهزات، وقد تطول الفترة لتكوين عنصر الثقة بينهما. تلك الثقة التي قد يفقدها الكفيف في الآخرين.

برامج رعاية المكفوفين:

إن الخدمات التي يعمل المجتمع على توفيرها للكفيف تتضمن توفير فرص الفحص والعلاج الطبي في العمليات الجراحية، وتوفير العدسات والنظارات اللازمة لفقد البصر والتي تقدم لهم بالمجان في حالة عدم القدرة على دفع نفقاتها، وكذلك الاستشارات في المشكلات المتصلة بفقدان البصر والتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل والتتبع وما إلى ذلك، وكل هذه الخدمات تهدف إلى التحرر الاقتصادي للكفيف لكي يحقق الرضاء الجسمي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي، ويمكن حصر برامج الرعاية الاجتماعية فيما يلي:

١- العمل في المصانع المحمية:

إن العمل في هذه المصانع للمعوقين بصفة عامة يعتبر خدمة فعّالة وناجحة لكسب العيش والتحرر الاقتصادي وحماية لهم من الفشل في دخول سوق العمل الحر. ويمكن أن يسير جنبا إلى جنب مع هذه المصانع مع مشروعات الأسر المنتجة التي تتم داخل المنازل.

٢- المدرسون الزائرون:

إن كل إنسان يفقد بصره يحتاج إلى تعليم أساليب جديدة للقيام ببعض الأشياء التي كان يفعلها في الماضي بصفة آلية، وذلك فإن كثير من الدول التقدمة يرسلون مجموعة من المدرسين الزائرين المتخصصين لمنازل

المكفوفين لمساعدتهم فى الأعمال التى تتطلبها حياتهم اليومية. بالإضافة إلى استخدام طريقة برايل فى تعلم القراءة والكتابة.

٣- مراكز تأهيل المكفوفين:

وفيها يتم تأهيل الكفيف عن طريق بحث الحالة الفردية، ثم التشخيص الطبى والنفسى لقياس القدرات العقلية والتدريب المهنى وأخيراً التشغيل. وقد يواجه الكفيف بعض المشكلات الأسرية نتيجة الإعاقة التى أصيب بها والتى تحول دون الاعتماد على نفسه فى كسب معيشته، ولكن يفضل الاستشارات والخبرات التى يجدها فى المركز يكشف غالباً عن إحدى المهارات التى عن طريق التدريب المستمر عليها تمده فى آخر الأمر بوسيلة لكسب العيش.

٤ - شغل وقت الفراغ:

إن توفير أسباب الترفيه للمكفوفين ضرورة عضوية ونفسية واجتماعية وجزءاً أساسياً فى برامج التأهيل، فالكفيف إذا انصرف إلى التفكير فى عجزه ازداد خوفه. والترويج يعد الإنسان للعمل الجدى ويساعده على التنفيس عن متاعبه والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية ناجحة مع الغير.

ومن بين ألوان النشاط المحببة للمكفوفين لعب الورق الذى يحمل رسوما ونقطا بطريقة برايل، ورياضة السباحة وصيد السمك والتجديف، والجرى، وكذلك النشاط الفنى كالموسيقى والأشغال الفنية.

٥- المعونات المالية:

وهى المساعدات التى تقدمها جمعيات رعاية المكفوفين لذوى الحاجة منهم، أو التى نصت عليها القوانين المختلفة وتتحمل تكاليفها الدولة مثل قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٩٣ لعام ١٩٨٠.

٦- الخدمات التعليمية:

وقد حمل الأزهر منذ زمن طويل مسئولية تعليم المكفوفين، بالإضافة إلى إشراف وزارة التربية والتعليم على العديد من المدارس التى تقوم بتعليم المكفوفين.

٧ - الخدمات الصحية:

وهى تتضمن جانبان : إنشاء المستشفيات التى تحول وتعالج الأمراض التى تؤدى للإصابة بكف البصر، توفير أوجه الرعاية الصحية لمؤسسات رعاية المكفوفين بالإضافة إلى تدريب الكفيف على استخدام العصا البيضاء أو الكلب المرشد حتى يتحقق له الأمن الجسمى والنفسى.

٨ - الخدمات الإعلامية:

وهدفها نشر الرعاية بين المواطنين وتنوير الرأى العام لتقبل تشغيل المعوقين من المكفوفين، أو لعمل على سلامتهم فى الطريق، وتزويد الجماهير بالتوجيهات المفيدة لتجنب كف البصر والوقاية منه.

٩ - الخدمات التشريعية:

أصدرت الدولة العديد من القوانين لحماية حقوق المكفوفين من صرف المعاشات والمساعدات لهم، بالإضافة إلى القوانين التى تفرض تشغيل ٥% من المعوقين فى كل منشأة تستخدم ٥٠ عاملاً فأكثر بعد حصولهم على شهادة التأهيل، وقد تبلورت هذه النصوص فى قانون تأهيل المكفوفين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل برقم ٩٣ لعام ١٩٨٠.

ثانياً: الصمم Deat:

يعد فقدان حاسة السمع من المعوقات التى تفرض سياجاً من العزلة حول الشخص الذى فقد سمعه، كما أن فقدان هذه الحالة يعد مشكلة بالغة الدقة تواجه المشتغلين بتأهيل وتربية المعوقين سمعياً. فالطفل الذى ولد فاقدا لحاسة السمع أو الذى فقد هذه الحاسة قبل أن يستطيع الكلام يعتبر أمر تعليمه

وتدريبه من أصعب المحاولات وأشقها لما يتطلبه ذلك من صبر وخبرة من جانب فريق التأهيل الذين يقع عليهم عبء العمل مع هؤلاء الأشخاص وإعدادهم للحياة.

ينظر معظم أفراد المجتمع العربى إلى الصم نظرة خاطئة فهم يعدونهم فئة شاذة غير مكتملة القوى العقلية ومنشأ هذا الاعتقاد الخاطئ هو الاختلاط اللغوى فى قول الفيلسوف أرسطو منذ عام ٣٥٠ قبل الميلاد بأن "جميع الصم يصيرون بكماً" وكلمة أبكم فى اللغة اليونانية تحمل معنى آخر وهو "عديم العقل" فحمل أفراد المجتمع القديم قول أرسطو على غير مجمله، وظنوا أنه يعنى جميع الصم يعدون من البُلْه. وهو معنى لم يعتمده أرسطو بأى حال من الأحوال.

ورغم ذلك فلا زال المجتمع ينظر إلى فئة الصم بنفس نظرة المجتمع الخاطئة فى عهد أرسطو رغم ما مرّ على هذا المجتمع من دلائل مادية تؤكد خطأ نظرتهم للصم وخير دليل على خطأ هذا الاعتقاد هو رائدة المعوقين "هيلين كيلر" التى فقدت ثلاثة حواس هى السمع والبصر والنطق، ورغم ذلك برزت فى تحصيلها العلمى بما يفوق الأسوياء، فلقد عوضها الله سبحانه وتعالى بحاسة العقل لتقوى وتكافئ بل وتتعدى فى قدراتها ثلاثة خواص مفقودة.. وهذا يعنى أن فقدان المعوقين سمعيا لحاسة واحدة فقط وهى حاسة السمع لن تجعل منهم فئة متخلفة عقليا بل أن الله سبحانه وتعالى يزيد ويقوى لديهم القدرة على الملاحظة من خلال البصر واللمس إلى جانب تفوقهم العقلى من خلال سرعة الإدراك هذا إذا ما أتيحت لم فرص إبراز قدراتهم الحقيقية.

كما أن نتائج الأبحاث الدالة على أن الإعاقة السمعية تسبب تخلفا دراسيا لطفل الأصم فى حدود ثلاث سنوات لا يجب تعميمها ووضعها فى الاعتبار، فنوع التعليم الذى يناله هذا الطفل يتوقف فى حد ذاته على نظرة

المجتمع تجاهه، وما دامت نظرة المجتمع للصم كفئة ذات تخلف عقلى أو بله فإنه لن يكون لمدارس التربية الخاصة دورا فعالا من تعليم الصم خاصة وأن مدرسى التربية الخاصة بهذه المدارس ما هم إلا إحدى فئات المجتمع ذاته ذو النظرة الخاطئة لهذه الفئة.

لذا فإنه يجب إعادة النظر فى مفهومنا عن المعوقين سمعيا وأن نضعهم فى الاعتبار، مع الاهتمام بهم فى كافة المجالات حتى يشعرون بحمايتهم الطبيعية داخل المجتمع، كذلك يجب تقديم الإجراءات التأهيلية الخاصة المطلوبة داخل النظم التعليمية والاجتماعية والإعلامية ليمكنهم من تنمية قدراتهم لأقصى حد ممكن ولتحسين نوعية حياتهم وزيادة إمكانية مشاركتهم وإسهامهم فى المجتمع.

تعريف الأصم:

يعرّف الصم بأنه ذلك الشخص الذى لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً فى حياته اليومية.

كما يعرّف الدكتور عبدالفتاح عثمان الطفل الأصم بأنه ذلك الطفل الذى حرم من حاسة السمع منذ الولادة، أو هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو من فقدها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

وهناك طريقتان يستعان بهما على تحطيم جانب من عزلة الأصم وربطه بعالم الكلمات ومن ثم تعليمه وتدريبه:

١- الطريقة الأولى وتعرف باسم طريقة الإشارة وتعتمد على الإشارات والإيماءات وحركات الجسم التى يعبر بها عن الأفكار، وتختلف هذه الطريقة فى تعبيراتها باختلاف البيئات والثقافات.

٢- الطريقة الثانية وتعرف باسم الطريقة الشفوية وتقوم أساسا على قدرة الطفل الأصم على ملاحظة حركات الفم والشفاه واللسان والحلق ..

إلخ، وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صـوتية (حـروف) وهـذه الطريقة تحتاج إلى خبرة من المعلم ليمارسها بكفاءة، وإلـى خبـرة تقابلها من المتعلم ليفهمها.

وهناك رأى ينادى بأن يتعلم الطفل الطريقتين معا أو على الأقل يعمل بالطريقة الأولى ويتقن الطريقة الثانية.

حجم المشكلة:

أثبتت الأبحاث والدراسات التى أجريت فى البلاد المتقدمة أنه بين كل ٢٥٠٠ شخص من السكان يحتمل وجود شخص أصم، أى بنسبة ٤ أشخاص فى كل عشرة آلاف مواطن، وتؤكد منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٠٠ إلـى أن ٤٨ مليون شخص فوق سن الثالثة فى العالم مصابون بضعف السمع مـا بين المتوسط والشديد وتشير بعض الإحصاءات إلى أنه يوجد فـى مـصر حوالى ٧٠ ألف أصم.

وفى بحث أجرى فى ريف مصر عام ١٩٩٠ على السكان من عمر ٥-٨٠ سنة أوضح أن نسبة ١١% يعانون من ضعف السمع أغلـبهم مـن النوع الحسى العصبى وأقلهم من النوع التوصيلى، وكان الضعف شديدا فى النوع الأول وبسيطا فى النوع الثانى. كما وجد أن نـسبة ضـعف الـسمع الوراثى تمثل ٢٠% من حالات ضعف السمع الحسى العصبى. كما أجـرى بحث آخر على طلبة المدارس على حوالى ٨ آلاف تلميذ من سـن ٦ - ١٢ سنة حيث وجد أن نسبة ضعف السمع تمثل ٧,٧%.

أسباب الصمم:

يقسم الصمم إلى نوعان رئيسيان هما :

١- الصمم الخلقى (الولادى) The Congenitarly Deaf وهم الأفراد الذيى ولدوا صما ويمثلون حوالى ٦٠% من مجموع حالات الصمم تقريباً.

٢- الصمم العارض (المكتسب) The adventionaly deaf وهم الأفراد الذين ولدوا بحاسة السمع عادية، ولكنهم أصيبوا بالصمم فى إحدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث.

وينتج الصمم الخلقى لعوامل يمكن إجمالها فيما يلى :

أ- عوامل وراثية.

ب- الإصابة بالزهرى.

ج- التهاب أغشية المخ أثناء الحمل للجنين.

د- الجروح والإصابات أثناء عملية الولادة.

ه- نقص الأكسجين فى دم الطفل.

و- تعاطى الأم أدوية تؤثر على الجنين أثناء الحمل.

أما أسباب الصمم المكتسب فهى:

الإصابة بالأمراض المعدية فى مرحلة الطفولة مثل الحمى القرمزية، الحصبة، الالتهاب السحائى، المضاعفات بعد العمليات الجراحية فى الأذن والحوادث.

مشكلات الأصم:

وإذا ما تساءلنا عن أهم المشكلات التى تنتج عن فقدان السمع نستطيع أن نجملها فيما يلى :

١- صعوبة الاتصال والتفاعل مع الآخرين بالوسائل السمعية المصطلح عليها مما يشكل عائقاً اجتماعياً شديداً.

٢- افتقار الأصم وخاصة من يفقد سمعه فى سن مبكرة إلى أساليب التفاهم مع أفراد البيئة التى ينتمى إليها.

٣- الاهتزاز النفسى والانفعالى الذى من نتائجه الاجتماعية الانطوائية المشاهدة عند غالبية الصم، وتكتلهم فى هيئة تجمعات أو أقليات شبه معزولة اجتماعياً.

ومن الناحية النفسية يؤدى هذا الاهتزاز أو عدم الثبات النفسى والانفعالى إلى أمراض نفسية مختلفة تصاحب أحياناً حالات الصمم الشديدة.

٤- صعوبة النضج الاجتماعى، إذ ما من شك فى أن اللغة المسموعة تلعب دوراً كبيراً فى نضج الأفراد فى المجتمع وامتصاصهم لكثير من قيمه وأوضاعه.

ولقد تبين من الدراسات أن الأطفال المصابون بالصمم الجزئى يلقون مشقات أكثر من المصابين بالصمم الكامل خاصة فى المراحل الأولى من تعليمهم، فقد تمر هذه الحالات دون أن يلحظها أحد ولذا تهمل رعايتها، على عكس ما إذا كانت العاهة تجذب الانتباه فإنها تؤدى إلى ضم الأصم إلى مؤسسة أو مدرسة مع رفاقه.

وسائل التعليم المستخدمة للصم:

١- طريقة التدريب لمعرفة حركة الشفتين.

٢- طريقة تعليم الحروف الهجائية باليد.

٣- طريقة تعليم الإشارات للتعبير عن أنفسهم.

٤- طريقة مختلطة تجمع بين الطرق الثلاث السابقة.

المعوق سمعياً وأسرته:

للأباء والأمهات دور هام فى توفير الجو النفسى السليم لأبنائهم المعوقين ولكن ما يلاحظ هو التباين فى معاملة الوالدين لأبنائهم الصم التى لا تسبب لهم سوى المزيد من الإعاقة النفسية .. ومن السلوكيات التى يتبعها الوالدين تجاههم هى:-

١- يقوم البعض بتوفير الحاجات الأساسية لأبنائهم الصم كأسلوب دال على الإفراط فى الحب وبالتالى التدخل المفرط فى أمورهم الشخصية مما يصعب على الوالدين تحديده للرغبات والمتطلبات الحقيقية لهم وبالتالى العمل وبصورة لا شعورية على محو شخصيتهم أو إفسادهم بالتدليل.

٢- هناك آباء يصدمون من إصابة أبنهم بالإعاقة فيكون رد فعلهم هو النبذ والانقباض والقلق الذى قد يصل به إلى الخجل من الاعتراف بإعاقة ابنه السمعية أمام المجتمع مما يترتب على ذلك سوء الحالة النفسية للطفل لأقصى حد، وإلى أى مدى يصل إلى كراهية الأهل.

وفى كلا الحالتين السابقتين لا تتواجد أى وسيلة اتصال بين المعوق سمعيا وأسرته، فالآباء والأمهات لا يستطيعون التعامل مع أبناءهم الصم من خلال لغة الصم (لغة الإشارات) التى يجيدها الأصم والتى اكتسبها من خلال تعامله مع المجتمع الصم بجمعيات الصم، أو من خلال زملائه بمدارس التربية الخاصة بل أن الآباء لا يبذلون جهدا فى إيجاد وسيلة اتصال بينهم وبين ابنهم الأصم، فيظل خط الاتصال بين الأب وابنه منقطع، فلا يمثل الأب والأم للابن سوى مصدر لتوفير الحاجات الأساسية فقط، فلا يكتسب الأصم من والديه القيم، والتقاليد، وتعاليم الدين سوى القشور والمعلومات السطحية التى لا يعى منها الأصم سوى سلوكيات وحركات قد لا تعنى بالنسبة له شيئا.. بل وأن تواجدت لغة اتصال بسيطة بين الأصم ووالديه فهى لغة تشعر الأصم بأنه أقل عقلا فهى بسيطة بدرجة لا تغطى معها مفردات اللغة العربية وهذا يعنى أن الأصم لا يمكن إشباع حاجاته من العلم والتربية من خلال أسرته.. وما يثير الذعر أن خط الاتصال بين الوالدين وابنهما الأصم يظل منقطعا أو سطحيا حتى سن البلوغ وممارسة الأصم لحياته الخاصة وليست العلاقة منفصلة تماما، بل أنها متواجدة ولكن فى صورة تخالف تماما علاقة

الوالدين بأبنائهم الأصحاء سمعيا.. وهذا السلوك الأسرى تجاه الابن الأصم يجعله يشعر بأنه غريب بين أهله. وقد يتعدى ذلك ليشعر بالحقد والكراهية من أخواته لاختلاف معاملة الوالدين له عن معاملتهم لأخوته.. وعندئذ كيف ننتظر من الأصم أن يمارس حياة أسرية لم يشعر بها ولم يعيشها وكيف إذن يصبح مواطنا منتجا نافعا لوطنه، وعامة فإن أفضل صور تعامل الوالدين مع ابنهم الأصم هو تقبل واقع إصابته بتشجيعه ومساعدته على استغلال أقصى طاقاته وقدراته مما يمسح له بقدر وافر من الاعتماد على النفس، وعلى أسرته وعلى من حوله والسعى إلى إيجاد وسيلة اتصال قوية.. من خلال الاستفادة من أقل درجات السمع لدى الطفل الأصم والاستعانة بسماعات خاصة ومساعدته لاستخدامها وتمييز الكلمات من خلالها. أو محاولة الاقتراب من الأصم بتعلم لغته أو حجم كبير من مفردات لغته، لغة الإشارات أو تعليمه لتصبح وسيلة الاتصال هى الكتابة.

رياض الأطفال للمعوقين سمعياً:

هناك العديد من العوامل التى تؤدى إلى ضرورة إنشاء رياض للأطفال المعوقين سمعياً وأهم تلك العوامل هى:

١- خروج الأم للعمل وكذا أعمالها المنزلية مما يؤدى إلى تقلص دورها فى رعاية وتوجيه ابنها الأصم.

٢- ضيق مساحة الوحدات السكنية تقيد حركة الطفل وتحد من استنفاذ طاقته الكامنة مما يحول دون قدرة الطفل على البحث والتنقيب والتجريب.

٣- سوء الأحوال الاقتصادية والاجتماعية للأسرة من فقر وسوء تغذية، وكذا تعرض الطفل الأصم للصراعات المحيطة به واستحالة خروجه للتنفيس عن هذه المشاعر الضارة أو الانطلاق بعيدا عن أماكن الكبت والإحباط.

٤- جهل معظم الأمهات بأساليب التربية السليمة للطفل المعوق سمعياً مما قد يسبب له أمراض سوء تغذية وعقد نفسية حتى لدى الأسر المقتدرة نتيجة لنقص الوعي الصحي السليم.

لذا فإن دور رياض الأطفال في تربية الطفل المعوق سمعياً قبل التحاقه بالمدرسة هو تنشئته جسمياً وحركياً وعقلياً ومعرفياً لجعله متوافقا اجتماعيا والانتقال تدريجيا من جو الأسرة إلى جو المدرسة ليعتاد النظام وتكوين علاقاته الإنسانية مع المدرسين والزملاء وممارسة الأنشطة التعليمية.

وترجع أهمية رياض الأطفال بالنسبة للمعوقين سمعيا إلى:-

١- توسيع دائرة النشاط والتفاعل الاجتماعي، ومعاونة الطفل في اللعب مع الجماعة والتخفيف من رهبة المواقف الاجتماعية.

٢- تدريب الانفعالات وضبطها من خلال اللعب، والمشاركة الوجدانية والصداقة والعمل الجماعي والتنافسي.

٣- تنمية المهارات الحركية، ومهارة اللعب والاستفادة من الأنشطة المتنوعة.

٤- مساعدة الطفل المعوق سمعياً على الاعتماد على نفسه وتقليل الاعتماد على الآخرين.

٥- تدريب وتهيئة أعضاء النطق والحس وبقايا السمع لديه على القيام بدورها في التعلم والتلقي.

٦- زيادة المحصول اللغوي للطفل المعوق سمعياً قبل التحاقه بالمدرسة.

أهمية التعليم للمعوقين سمعياً :

يجب أن ينظر العالم العربي إلى تعليم المعوقين سمعياً بأنه خدمة واستثمار في الوقت ذاته.. فهو خدمة واجبة الأداء لكل فرد معوق سمعياً

كحق من حقوق الإنسان وهو استثمار وفى أعز ما تستثمر فيه دولة مواردها وقدراتها ألا وهو الإنسانية لذا وجب علينا الاتجاه إلى تطوير سياسة تعليم الصم ليس تطويراً أفقياً فى الكم والعدد، ولكن تطويراً رأسياً فى المحتوى والكيف. ويمكن أن نوضح أهمية التعليم بالنسبة للمعوقين سمعياً من خلال التحليل التالى:

إن المعوقين سمعياً يتعاملون فيما بينهم من خلال لغة الإشارات وهى عبارة عن رموز يدوية خاصة ممثلة لبعض الكلمات والمفاهيم والأفكار والتى تعتمد اعتمادا كبيرا على حاسة الإبصار وقدرة الملاحظة إلا أنه يصعب على المعوقين سمعياً التعامل مع الأسوياء من خلال هذه اللغة التى هى خاصة بعالمهم والتى لا يدركها أو يعى معانيها سوى عدد محدود جداً من الأسوياء سمعياً هم غالباً أبناء المعوقين سمعياً، أو أفراد لديهم علاقة قوية مع المعوقين سمعياً ولديهم نظرة صحيحة للأصم بأنه لا يختلف سوى فقده لحاسة السمع فقط .. وهذا الفئة من الأسوياء سمعياً التى تدرك لغة الإشارات ليست بالحجم الكافى من المجتمع الذى يتعامل ويمارس فيه الأصم حياته .. لذا فإن الأصم هكذا سيعيش فى إطار محدود من المجتمع يصعب عليه تخطيه بسبب صعوبة تعامله مع باقى الأفراد بالمجتمع.

إلا أن هناك وسيلة اتصال بين الأصم وباقى أفراد المجتمع ألا وهى الكتابة .. وهنا تبرز أهمية التعليم فى أن يساعد الأصم على الاندماج جزئياً مع المجتمع المحيط به .. ولكن نظراً لاختلاف درجات الصمم، وكذا الظروف التى يفقد فيها الفرد حاسة السمع لذا كان واجباً توفير فرص التعليم للصم بصورة مختلفة تتناسب وطبيعة الصم لدى المعوق سمعياً.

صور تعليم المعوقين سمعياً :

١- **تعليم قراءة الشفاه والنطق:** وذلك من خلال الاستفادة من البقايا السمعية لدى المعوق سمعياً مع الاستعانة بالسماعات الخاصة بذلك، وتعتمد هذه الطريقة على الربط بين الحركة التى تصدر عن الشفاة وترجمتها إلى حروف اعتمادا على الإدراك البصرى وملاحظة حركة اللسان والشفاة والإدراك الحسى يتحسس الاهتزازات فى بعض أعضاء النطق وهذا الأسلوب يساعد على نمو الكلام عند المعوق سمعياً.. وتصلح هذه الطريقة مع المعوقين سمعياً الذين لديهم بقايا سمعية كما ثبت إمكانية الاستعانة بها مع المعوقين سمعيا الذين ليس لديهم أى بقايا سمعية ولكنهم فقدوا حاسة السمع تماما، نتيجة لإصابة مرضية وذلك بعد أن قضوا فترة من حياتهم الأولى أسوياء سمعيا خلال المرحلة الابتدائية حيث أنهم يكونوا قد اكتسبوا القدرة على إدراك معاني الألفاظ وكذا القدرة على الكلام رغم ما بهم من صمم كامل.

٢- **التعليم من خلال لغة الإشارات:** ويتم الاستعانة بهذه الطريقة فى حالة فاقدى السمع تماما والذين ليس لديهم بقايا سمعية مع عدم توفر الإمكانيات، والأجهزة السمعية التى يمكن الاستعانة بها. وفى هذه الحالة يتم توضيح معانى الكلمات بترجمتها إلى لغة الإشارات إلا أن هذه الطريقة تعاب بأن الأصم هكذا يتعلم اللغة العربية كأنها أجنبية بالنسبة له يحتاج إلى شرح لقواعد ربط الكلمات وتحويلها إلى جمل مفيدة، مع الحاجة إلى ترجمة كل كلمة إلى صورة أو توضيح لها من خلال لغة الإشارات.. وهذه الطريقة تجعل الأصم يشعر بنفسه أجنبيا

بين مجتمعه إلا أنه بتعليمه القراءة والكتابة سيمكنه من التعامل مع المجتمع دون الاستعانة بلغة الإشارات التى لا يعلمها أفراد مجتمعه..

ويمكن أيضاً فى هذه الحالة تعليم حركات الشفاه إلا أنها لا تكون بالدرجة التى يستطيع ممارسة الحياة فى المجتمع من خلالها، بل تكون بسيطة ومحدودة فى كلمات معينة بسيطة إلا أن التعليم فى مدارس التربية الخاصة لم يلقى الاهتمام الكافى بتعليم المعوق سمعيا فلا زالت نظرة الهيئات التعليمية إلى الصم بأنه فاقد السمع وبالتالى فاقد القدرة على توصيل المعلومة إليه من خلال السمع.. أليست "هيلين كيلر" تعلمت وبرزت فى تحصيلها العلم من خلال العقل والإحساس فقط ، كذلك هميورس الكفيف الأصم والذى أصبح من أعظم شعراء العالم يرددون أشعاره متناسين عجزه وعاهاته لأن عظمة شعره وعمق تفكيره قضى على ناحية العجز لديه. بل وهناك من النماذج المشرفة الكثير والكثير من الصم الذى تحدوا عاهاتهم ليصلوا إلى مستويات علمية ودرجات جامعية وأن كانوا غير ظاهرين بالمجتمع.. ليس إلا لأن مازال المجتمع ينظر لهم بنظرته الخاطئة ويعيق الأصم على الاندماج فى هذا المجتمع مما وصلت به درجاته العلمية والتى قد تفوق الأسوياء سمعياً فى درجاتهم العلمية.

ثالثاً : عيوب النطق والكلام :

يمكن تعريف عيوب النطق والكلام بأنها الحالة التى نضطر فيها كمستمعين إلى بذل مجهود أكثر مما يجب، لنفهم ألفاظ المتكلم. وهذا يبدو عادة فى سن مبكرة، ويعتبر من أهم المشكلات التى تواجه الطفولة، والتى يجب أن تحظى بعناية المربين والآباء.

ولقد دلت الإحصاءات التى ظهرت فى مصر وغيرها من البلاد أن حوالى ٧% من مجموع تلاميذ المدارس الابتدائية لديهم عيوب فى النطق

واضطراب فى الكلام، وكل كلام لا يكون واضحاً ومفهوماً فى مخارجه ونبراته وطبقته بالنسبة لسن الشخص ودرجة ثقافته يعد شاذا وغير طبيعي.

والفرق بين عيوب النطق واضطراب الكلام هو أن عيوب النطق لا تكون بسبب مرض عضوى أو وظيفى ولكن ترجع إلى عدم التدريب على إخراج الحروف.

أما اضطراب الكلام فينشأ عن وجود خلل فى أجهزة الكلام أو فى الأعصاب المتحكمة فيها.

أنواع عيوب الكلام:

يمكن تحديد عيوب الكلام فى الأنواع الآتية:

١- التهتهة: وهى تطلق على كافة أنواع عيوب الكلام دون استثناء.

٢- اللجلجة: وهى التردد فى الكلمات وهى ليست عيباً عضوياً، ولكن قد تكون طبيعية فى الأسرة، وهى تحدث عادة عند بدء الكلام.

٣- الفأفأة والتمتمة: وهى التردد فى نطق حرف التاء والميم أو حرف الفاء.

٤- اضطراب الصوت: وهو عدم خروج الصوت بترتيب مقبول أو واضح وفق ما تتطلبه الظروف كالصوت الخشن أو المكبوت أو المنخفض أو الضعيف... إلخ.

٥- احتباس الكلام: وفى هذه الحالة يصعب على الشخص النطق أو التفهم أو استعمال اللغة المنطوقة أو المسموعة.

ويستخدم جهاز قياس السمع (الايديوميتر) واختبارات السمع الأخرى فى استخراج حدة السمع لكل أذن على حدة، كما يجرى الطفل اختبارات أخرى خاصة لتقدير قدرته على الكلام ونوع الاضطراب الموجود لديه.

وترجع أسباب عيوب الكلام بوجه عام إلى عوامل عصبية أو عضوية واستعدادية وصحية ونفسية واجتماعية.

أما أسباب عيوب النطق فهى:

١- تشوهات الشفتين.

٢- تشوهات خلقية فى سقف الحلق مثلاً.

٣- تشوهات الفكين لعدم انطباقهما طبيعياً.

٤- عيوب فى اللسان كزيادة حجمه أو وجود أربطة بينه وبين قاع الفم.

٥- وجود خلل بالخلايا العصبية المهيمنة على حركة النطق. .

أما أنواع العلاج فهى متعددة منها:

١- العلاج الجراحى والطبى والنفسى.

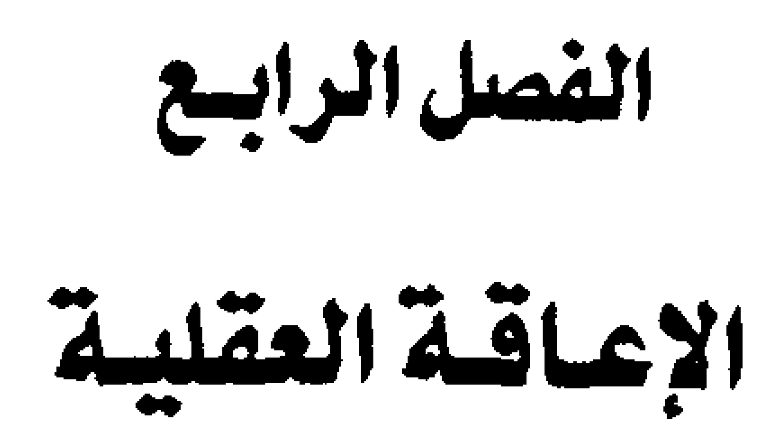
٢- العلاج الطبيعى.

٣- تمرينات فى النطق والكلام.

سلوك المصاب بعيوب النطق والكلام:

هى الإصابة بعيوب فى النطق أو الكلام تجعل من صاحبها شخصاً يختلف عن الآخرين العاديين مما يقلل من قدرته وينقص من اعتماد الفرد على نفسه، أو قدرته على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين، وبالتالى لا يرغب فى تحمل المسئولية أو التعاون مع الغير، وتزداد لديه المشاعر السلبية كالشعور بالنقص وعدم الكفاءة واليأس والخوف والعزلة والانطواء. ولا يستطيع الاستفادة من فرص الحياة بسبب تردده وخجله مما يعرضه لفشل مستمر فى الحياة وآلام نفسية سيئة.

•••••



الفصل الرابع

الإعاقة العقلية

مقدمة

أولاً – الفصام.

ثانياً – البرانويا.

ثالثاً – ذهان الهوس والاكتئاب.

رابعاً – ذهان الشيخوخة.

مقدمة

من أبرز الإعاقات فى مجال التعليم والتأهيل هى الإعاقات السمعية والإعاقات البصرية والإعاقات العقلية، وقد سبق أن تعرضنا فى الصفحات السابقة لهذه الإعاقات واستكمالا لها سوف نتعرض للإعاقة العقلية والتى تتضمن إما نقصا فى التكوين العقلى وفى أعضاء المخ مثل حالات الضعف العقلى، وإما خلل فى التفكير أو فى الإحساس مثل حالات المرض النفسى السيكوسوماتى والمرض العقلى بأشكاله المختلفة.

وكما يوجد بين البشر العمالقة، والعاديون والأقزام من الناحية الجسمية، فإن بينهم أيضاً العباقرة، والعاديون وضعاف العقول من الناحية العقلية، وتعرف الإعاقة العقلية بأنها تلك الإعاقة الناتجة عن عجز التنظيم العقلى والنفسى للفرد عن التكيف الصحى مع بيئته الاجتماعية إلى حد بلوغ مستوى من السلبية الاجتماعية فهو إعاقة الفرد على الإدراك والتصرف المناسب فى المواقف المختلفة إلى جانب الفشل الدائم على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

وكما سبق أوضحنا من قبل فى كثير من الإعاقات أن توقف النمو العقلى للطفل ضعيف العقل يرجع إما لأسباب وراثية ولد بها، أو لأحد العوامل المكتسبة من البيئة التى يعيش فيها.

يبلغ عدد الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلى فى الظروف العادية ٣% من أفراد المجتمع، وتزيد النسبة عن ذلك فى المجتمعات التى تعانى من سوء التغذية وقصور الخدمات الصحية. وفى بحث أجرى على مدينة القاهرة تبين أن نسبة التخلف العقلى فى بعض الأحياء بلغت ٧% من عدد السكان، وإذا أخذنا بالنسبة الأكثر تفاؤلاً وهى ٣% يكون لدينا ١,٧٥٠,٠٠٠ معاق ذهنياً، أدركنا حجم المشكلة التى تعانى منها ٢ مليون أسرة مصرية.

وإذا أضفنا إلى ذلك تكلفة الطفل العادى أدركنا العبء الثقيل الذى يقع على كاهل أسرة هؤلاء الأطفال المعاقين فضلاً عن الأعباء النفسية والمشكلات الاجتماعية الأخرى التى تواجهها هذه الأسرة.

أما عن خصائص شخصية المتخلف عقلياً فقد أوضحتها إحدى الدراسات فى الآتى:

١- القصور الوظيفى للذات.

٢- التبعية وقلة الحيلة.

٣- توقع الفشل.

٤- الحاجة إلى التفاعل الاجتماعى.

٥- الاضطراب الانفعالى.

تقسيم الضعف العقلى:

هناك عدة تقسيمات مختلفة تمثل اتجاهات متعددة للضعف العقلى يمكن أن نعرضها بشكل مختصر فيما يلى:

١- التقسيم التقليدى:

وهو يقسم ضعاف العقول إلى فئات طبقاً لدرجات الذكاء الآتية :

أ- المعتوهين Idiot ونسبة الذكاء لديهم تقل عن ٢٥.

ب- البلهاء Imbecile ونسبة الذكاء لديهم بين ٢٥ – ٥٠.

ج- المأفونين (المورون) ونسبة الذكاء لديهم بين ٥٠ – ٧٠.

أما نسبة الذكاء للطفل العادى تتراوح بين ٩٠ – ١١٠ أما فوق ذلك فيدخلون فى عداد الأذكياء والعباقرة.

وسوف نعرض فى الصفحات التالية لبعض الإعاقات العقلية ذات التأثير الواضح فى سلوك الإنسان مثل الفصام، البرانويا، ذهان الهوس والاكتئاب.

أولاً: الفصام Schizophrenia

ويعتبر من أكثر أشكال الأمراض العقلية انتشاراً، وقد أدخل مصطلح الفصام (باللغة العربية أو الشيزوفرينيا باللغة الإنجليزية) العالم أوجينى بلويلر Eugene Bleuler عام ١٩١١ لأنها تحمل فى معناها ظاهرة الشخصية، بمعنى أن التفكير لا يرتبط بالانفعال، والانفعال لا يرتبط بالنشاط الحركى، مع الانسحاب من الحياة الواقعية إلى حياة العزلة والانكماش فى عالم خيالى، وهو تربة صالحة لنمو الكثير من الهلاوس والهذيانات فى شكل معتقدات خاطئة وغير مطابقة للواقع كأن يعتقد المريض أن بعض المحيطين به يتآمرون عليه ويضطهدونه وأحياناً أعراض جسمية مثل عدم اتزان الجهاز العصبى، ويظهر ذلك فى برودة الأطراف وزرقتها وظهور بقع جلدية واتساع حدقة العين.

أما الاضطراب فى حياته الانفعالية فيبدو فى ضحالة انفعالاته وتقلبها وعدم ملائمتها للمواقف التى تثيرها فقد يضحك لما يؤلم ويتألم لما يثير الضحك، كما أنه غير مهتم بما يجرى فى العالم الخارجى.

ومن أعراض هذا المرض الخمول والبلادة، ونقص شديد فى الحيوية، أو ينتابه أفعال اندفاعية مفاجئة مثل صرخة عالية مفاجئة أو اعتداء على الغير أو تدمير أثاث، وكثيراً ما تكون هذه الانفجارات الفجائية استجابة لهلاوس تؤثر فيه.

واضطراب تفكير الفصامى لا يقل غرابة عن اضطراب انفعاله وسلوكه، كما يرى أن كل سلوك يصدر من الآخرين موجه إليه شخصياً بقصد السخرية منه وإيذاءه.

حجم الانتشار:

يمثل الفصام (الشيزوفرينيا) المقبولين بمستشفيات الأمراض العقليـــة فى بلد كالولايات المتحدة الأمريكية ٥٠% من المرضى، وعلى الرغم من أن بداية المرض قد تحدث فى المراهقة فمن الغالب أن تظهر الأعـــراض فـــى السن ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة ومتوسط السن الذى يبدأ فيها الفصام فى الظهور هو سن ٣٥ سنة. وإلى جانب نزلاء المستشفيات يوجد الفصاميون بين البغايا والجانحين والأفراد المنعزلين فى المجتمع، كما تميل نسبة الفـــصامين إلـــى الانخفاض فى المناطق الريفية.

أنواع الفصام:

هناك أربعة أنواع تقليدية للفصام طبقاً لتصنيف كـــربلن Kraoblin يمكن ايجازها فيما يلى:

١- الفصام البسيط: Simple Schizophrenia

وهذا النوع غالباً ما يظهر فى سن مبكرة، وقد تكون أعراضه غيـــر واضحة وبالتالى فإن المرضى به يعيشون بين الأفراد العاديين، ويبدو عليهم عدم الاهتمام بالمستقبل وضعف الطموح وإهمال شكله ومظهره، لذلك فهـــو يظهر على الأشخاص المنطوين والكسالى والقدرات العقلية لـــديهم لا تتـــأثر كثيراً وإن كانت استجاباتهم الانفعالية مضطربة وتتميـــز بـــالبرودة وحـــب العزلة. والتصنع فى المواقف الانفعالية وهذا النوع من الفصام يمكن تدريبه وإعادة تكيفه مع المجتمع.

٢- الفصام الطفلى:

ويتميز سلوك المريض بالطفلية من حيث التبول والتبـــرز وطريقـــة الأكل، بالإضافة إلى هلاوس وهذاءات غير منسقة تبدو فى الضحك العـــالى دون سبب، والقيام بأعمال سخيفة لا يقرها المجتمع ولا تتناسب مع سنه.

٣- الفصام التخشبى: Catatonic Schizophrenia

وهو ينقسم إلى نوعان:

أ- الفصام الصامت ومن أبرز سماته أن المريض يتخذ أوضـــاعاً ثابتـــة متخشبة يظل عليها ساعات طويلة، ولا يخضع لمبادئ النظافـــة مـــن حيث التبول والتبرز لأنه لا يستطيع التحكم فيها، كما أنه غير مـــدرك لكل ما يدور حوله أثناء تخشبه.

ب- الفصام المتهيج وفيه ينقلب الصمت الحركى إلى نشاط حركـــى زائـــد والقيام بتصرفات عدوانية دون أسباب منطقية، وقد يصل إلـــى حالـــة حادة من التوتر فينهار ويموت.

٤- الفصام الهذائى: Paranoid Schizophrenia

ويتميز هذا النوع بالبلادة الانفعالية والانسحاب من الواقع وهـــذيان متفكك غير منتظم ومتقلب غير ثابت، وغالباً ما يـــصاحب هـــذا الفـــصامى هلاوس سمعية وبصرية والتشكك فى الغير.

وأضيف حديثا أنماط أخرى إلى ما سبق مثل الفـــصام الوجـــدانى، وفصام المراهقة، والنمط المتزامن غير المتمايز.

أسباب الفصام:

لا يزال الخلاف شديدا بين العلماء حول تحديـــد أســـباب الإصـــابة بالفصام، فالبعض يرى أن الفصام سببه عضوى ويعالجه على هذا الأساس، والبعض الآخر يرى أن الفصام سببه سيكوسوماتى، وكثيـــر مـــن البحـــوث الطبية تؤكد أن الفصامين يعانون من اضطرابات غددية وكيماوية غيـــر أن ارتباط الفصام بهذه الاضطرابات العضوية لا يعنى أنه نتيجة لها، فقد يكون المرض هو سبب هذه الاضطرابات فالأزمات الانفعالية تؤدى إلى خلل فـــى التوازن الكيماوى والبيولوجى للفرد.

كما تؤكد البحوث العلمية أن مرضى الفصام عاشوا حياة أسرية مضطربة، وهذا يعنى أن تحديد الأسباب الحقيقية لهذا المرض يتطلب معرفة دقيقة بتاريخ حياة المريض وتفاعل العوامل الممهدة للمرض التى حدثت فى الماضى مع الظروف الحالية المفاجأة والتى أدت إلى الإصابة بالفصام. وهنا يصبح للأخصائى الاجتماعى دوراً هاماً فى فريق العمل Team Work لكى يقوم بالدراسة الاجتماعية للحالة وتحديد سبب الإصابة بها.

سمات المريض:

هناك سمات شائعة للشخصية الفصامية منها:

أ- التبلد الانفعالى.

ب- عدم انتظام التفكير.

ج- الهذاءات.

د- الهلاوس.

ه- التغيرات السلوكية المفاجئة.

ورغم أن الاتجاه الحديث يميل إلى أن مكان علاج المرضى هو فى البيئة ذاتها إلا أنه فى الحالات الحادة يفضل إيداع المريض بالمستشفى.

وأهم أنواع العلاج هى:

أ - العلاج الطبى:

ويتمثل فى صدمات الأنسولين والصدمات الكهربائية بالإضافة إلى العمليات الجراحية أحياناً.

ب - العلاج النفسى:

ويتمثل فى العلاج النفسى الفردى، العلاج النفسى الجماعى، هذا بالإضافة إلى بث الثقة فى نفس المريض وتشجيعه على الاختلاط بالآخرين.

ثانياً : البارانويا (جنون العظمة) : Paranoia

وهو ذهان العقائد الوهمية التى تبرز فى شكل أفكار متسلطة، وتظهر فى صور مختلفة فى عدد كبير من الأمراض النفسية والعقلية، كما فى حالة الأوهام الهستيرية وحالة الفصام الهذائى.

والمقصود بالبارانويا الذهانية تلك الحالات الشديدة التى تظهر عندها أوهام لها صفة الثبات والانتظام حول فكرة واحدة تسيطر على سلوك المريض بحيث يكون مركزا ينسج حوله كل أفكاره وتصرفاته فى خطة محبوكة بحيث يخيل لنا أنها حقيقة فعلاً، ولكن بتكرارها يتبين لنا أنها مجرد وهم من خيال المريض.

ومريض البارانويا عادة ما تضطرب عنده الوظيفة الجنسية كالعجز الجنسى، ويربط أنصار التحليل النفسى بين هذه الاستجابات وبين عقدة أوديب.

وتتخذ العقائد الوهمية أشكالاً مختلفة هى :

١- البارانويا الاضطهادية :

وفيها يتصور المريض أنه مضطهد من شخص معين، وأنه يحاول إيذائه لذلك يشغل كل وقته للتفكير فى هذا الموضوع.

٢- بارانويا العظمة :

وفيها يعتقد الشخص أنه رجل عظيم فمثلاً يتصور نفسه أحد الزعماء أو القادة أو أنه نبى مرسل من عند الله إلى غير ذلك.

٣- بارانويا الغيرة :

وفيها يتشكك الشخص فى سلوك من يحب ويعتقد أن كل الناس يريدون مشاركته هذا الحب.

٤ - بارانويا العشق :

وفيها يعتقد الشخص أنه محور انتباه الجميع خاصة الجنس الآخــر، فيتصور أن الجميع يتسابقون لكسب حبه كأنه معبود الجماهير.

أسباب الإصابة:

لاتزال أسبابها غير معروفة، غير أن المشكلات السابقة للمرض تكاد أسبابها تنحصر فى علاقة الطفل بالوالدين والتشكك كعامل أو نمط من أنماط التربية، مع شعور قوى بالنقص ناتج عن فشل فى عملية التوافق، كما نجــد باستمرار مشكلات الجنسية الغيرية تتخفى عادة وراء الخجل والحيــاء مــع تزمت الضمير.

وهناك تفسيرات كثيرة لحالات البارانويا منها إنها إجراء عقلى يقوم على انعكاس مشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية فى صــورة العقائــد الوهمية التى تربط بالتكوين النفسى للمريض، ويؤكد بعض العلمــاء علاقــة البارانويا باضطراب النمو فى تطور الميل الجنسى وتوقفه عنــد المراحــل المبكرة مثل مرحلة حُب الذات أو حب نفس الجنس.

صفات المريض:

أن الأشخاص ذوى الخلق البارانوى تلمس فى سلوكهم العناد والأنانية والتصميم على آرائهم بحيث يصعب إقناعهم، وكثيــر مــنهم لا يعترفــون بأخطائهم ويلقون التبعية دائماً على غيرهم، وغالباً ما يعتقــدون أنهــم ذوى قدرات عقلية فائقة وأنهم سلالة ممتازة عن باقى النـــاس، ويتــصورون أن الناس يحسدونهم ويخافونهم ويتمنون لو كانوا مثلهم هذا بالإضافة إلى أنهم لا يتقبلون النصح من أحد ولا ينفع الجدل معهم.

أساليب العلاج:

١- تبصير المريض بهذاءاته الواقعية.

٢- العلاج النفسى.

٣- العلاج الكهربائى.

ثالثاً: ذهان الهوس والاكتئاب: Monic – Dspressive Psychosis

وهو مرض واحد تظهر أعراضه فى صورة نوبات دورية متعاقبة ومتكررة، وتكون هذه الأدوار نوبة هوس تعقبها نوبة هبوط واكتئاب، وهكذا فى شكل دورى ولذا أحياناً ما يطلق على هذا المرض اسم الذهان الدورى، وقد تتخلل هذه الأدوار الحادة فترات هادئة يكون المريض أثنائها فى حالة تكاد تكون طبيعية.

حجم الانتشار:

يقدر عدد مرضى جنون الهوس والاكتئاب بنسبة ٠,٥% من مجموع السكان، وهم حوالى ٨% من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية، ومتوسط العمر الذى يحدث فيه المرض عند دخولهم المستشفى حوالى ٤٠ سنة ونسبة الإناث إلى الذكور ٣ : ٢ تقريباً.

الأعراض:

هناك سمات تميز ذهان الهوس والاكتئاب ككل كاستجابة وجدانية خاصة وهى:

١- يحدث المرض فجائياً وقليل منها تدريجياً.

٢- تنتهى أعراض المرض فى غضون ستة أشهر إما تلقائيا أو نتيجة العلاج.

٣- تظل احتمالات عودة المرض مرة أخرى قائمة.

٤- تأرجح المزاج هو المرض الوحيد.

٥- تظهر بعض الهلاوس والهذاءات وإن كانت عرضية.

وفى دور الهوس يعترى المريض الفرح الشديد والمرح وتكون الأفكار سريعة وغير متماسكة ويشتد نشاطه فى كل اتجاه وفى أمور تافهة، كما أنه لا يتعب أو يمل من عمل معين، وتعتريه نوبات من الشعور بالقوة ويقاوم بشدة كل من يقف فى طريقه، وهذا المريض نادراً ما ينام، أما أكثر

الأفعال سوءاً هى القيام ببعض الجرائم العدوانية كالاغتصاب الجنسي واقتحام منازل الغير وإدمان المشروبات الكحولية وكثرة التجـوال الليلـى المتـسم بالمرح والغناء.

وفى دور الاكتئاب يبدو المريض فى صـورة حزينـة دون سـبب ويظهر عليه الإرهاق من كثرة ما قام به فى دور الهوس، ويغلب عليه التعب والهدوء الزائد والعزلة التامة إلى درجة التفكير فى الانتحار من شدة الشعور بالذنب.

العـلاج:

يتطلب علاج مريض الهوس والاكتئاب الإجراءات الآتية :

١- حماية المريض من أعراض المرض السيئة.

٢- مراقبته جيداً خوفاً من الانتحار.

أما العلاج النفسى فيتركز فى ضبط سـلوك المـريض وتوجيهـه، بالإضافة إلى استخدام العلاج الكهربائى فى مرحلة الاكتئاب، أما الأخصائى الاجتماعى فيلعب دوراً هاماً فى إحاطة المريض بجو من الشعور بـالعطف والفهم والسير نحو بؤرة المشكلة تمهيداً لتقوية إرادة العميل فى مواجهتها مع توفير الظروف البيئية المناسبة لمساعدة المريض.

رابعاً : ذهان الشيخوخة :

وهم أكثر الأمراض العقلية انتشاراً بعد الفـصام، وتطلـق مرحلـة الشيخوخة إلى ما بعد الستين من العمر، ولكن الفروق الوراثيـة والمكتـسبة تجعل هذا التحديد غير نهائي وبتقدم العمر بعد هـذا الـسن عـادة يحـدث اضمحلال وضعف فى النمو العقلى والجسمى، ولذا فإن ذهـان الـشيخوخة يتطور بالتدريج، ويصاب الجهاز العصبى بنوع من الضمور، ويظهر ذهان الشيخوخة فى حالات تصلب الشرايين أكثر من غيرها مما يضاعف من حدة

الحالة وإذا صاحب ذلك ارتفاع فى ضغط الدم فقد تؤدى إلى انفجار فى شرايين المخ.

والاضطرابات العقلية والانفعالية تشتد نتيجة التغير الشديد فى المكانة الاجتماعية للشخص وما يتعرض له من مشكلات فى هذا السن كاضطراره للاعتماد على الغير وشعوره بأنه أصبح عبئاً على غيره، وزوال ما كان ينعم به من مسئولية وسلطان فهذا الانتقال الفجائى إلى حالة العجز وقلة الحيلة قد يكون متساوياً فى أضراره للعطب العضوى والعصبى خاصة إن لم يتبع التقاعد المبكر نشاطاً أو عمل.

وتظهر أعراض هذا المرض على الخصوص فى عدم القدرة على الحفظ والتذكر وخصوصاً للخبرات المباشرة بينما يكون الشخص قادراً على إعادة الذكريات القديمة، كما تقل القدرة العقلية العامة، ويتحول اهتمام المريض إلى الأمور المتمركزة حول نفسه ولذا يقل الاهتمام بالشئون العامة والأفكار الحديثة ويزداد تمسكهم بالقديم، وبعض الحالات يظهر فيها العناد الشديد وصلابة الرأى مما يسبب كثيراً من المشكلات وغالباً ما ينتحى المريض عن مباشرة شئونه الخاصة فيوكل أموره لغيره، بينما لا يدرك البعض الآخر ضرورة التخلى عن إدارة الأمور العائلية والمالية لمن يخلفه فيسبب كثيراً من الأضرار بتصرفاته الخاطئة التى تخلق المتاعب.

وكلما تقدم المريض فى السن كلما زاد نكوصه وتراجعه إلى أنواع السلوك المشابه لسلوك الطفل من حيث الأنانية والاعتماد على الغير وغير ذلك، وتقل قدرته على ضبط عواطفه وكثيراً ما يتورط فى أعمال لا تحتمل مسئوليتها كالإقبال على زواج جديد نتيجته عدم التوفيق دائماً أو مغازلة الفتيات والسيدات كما لو كان شاباً.

ويكون ضيق الصدر لا يقبل النصح ولا يخضع لمشورة أحد بل يعتقد أن من ينصحه عدو له وتكون عنده أفكاراً اضطهادية أحياناً، ومما يدل

على اقتراب هؤلاء من طبيعة الطفولة أنهم يميلون عادة للعب مع أطفال وقضاء وقت بينهم كما لو كانوا من أعمار متقاربة.

وهناك عدة أنواع لهذا الذهان أهمها ما يلى :

١- النوع البسيط: وهو الأكثر انتشاراً ويتميز بالضعف الزائد فى الذاكرة وضيق مجال الاهتمامات الشخصية وغرابة التفكير والتهيج وعدم الاستقرار، وبتقدم الحالة قد يصاب المريض بحالة تخشب بسيطة.

٢- النوع المقبض: ويتميز بجانب ضعف الذاكرة بهذيان المرض والانقباض وضعف الذاكرة.

٣- النوع الاضطهادى: علي عكس ما سبق يتميز بوضوح الذاكرة ولكن تكثر الهذيانات الغريبة غير المنطقية والهلاوس المختلفة.

علاج الأمراض العقلية

مريض العقل فى حالة عدم استبصار بحالته المرضية لا يعترف ولا يقبل علاج لذا يدفعه غيره للدخول بمستشفى الأمراض العقلية فقد يكون خطراً على نفسه وعلى غيره. ولكن هذا يتم بناء على اشتراطات قانونية فى الإجراءات كالحصول على شهادة مؤقتة من طبيبين على الأقل بوجود الحالة المرضية أو الحصول على حكم قضائى بعد الكشف الطبى.

وأهم طرق علاج الأمراض العقلية ما يلى:

١- العلاج الطبى: Medical Therapy

أ- العلاج بالصدمات الكهربائية.

ب- العلاج بالتخدير.

ج- العلاج بالتخدير الكهربائى.

د- العمليات الجراحية النفسية.

هـ- العلاج الفسيولوجى.

و- العلاج البيوكيمائى.

ز- العلاج عن طريق الاسترخاء العضلى.

٢ - العلاج النفسى: Psychotherapy

أولاً: علاج العون النفسى:

أ- العلاج بالإيحاء.

ب- العلاج بالاسترخاء.

ج- الإرشاد النفسى.

د- العلاج بالتنويم السلوكى.

ه- العلاج النفسى السلوكى.

و- العلاج بالعمل.

ز- العلاج باللعب.

ح- العلاج النفسى الجماعى.

ط- العلاج بالمسرحيات النفسية.

ثانياً: العلاج النفسى الاستبصارى:

أ- العلاج المعقود على المريض.

ب- العلاج بالتحليل النفسى الفرويدى.

ج- العلاج بالتحليل النفسى الغير فرويدى.

٣- العلاج الاجتماعى: Social Therapy



الفصل الخامس

دور الأسرة العربية مع الأطفال شديدى الإعاقة

الأسرة هى وحدة المجتمع الأولى وخليته الأساسية وسواء كانت الأسرة ممتدة بمعنى أنها تضم درجات من القرابة بين أفرادها أم الأسرة النووية التى تضم درجة أو درجات محدودة من القرابة بين أفرادها كالدرجة الأولى بين الأب وابنه. فإن للأسرة وظيفة أساسية بعد الإنجاب هى وظيفة التنشئة الاجتماعية والثقافية Socialization وذلك بجانب الوظيفة العاطفية والاقتصادية ضمن الوظائف الأخرى التى تتولاها لأفرادها وباعتبارها وحدة المجتمع الأساسية وخليته الأولى.

إن أول من يواجه صور الإعاقة ويتعرف على آثارها وتأثيرها وتؤثر على عواطفه واتصالاته هى الأسرة التى يوجد بها فرد معوق. والرعاية الأسرية للطفل بوجه عام والمعوق بوجه خاص تحتاج إلى مزيد من الإرشاد والتوجيه وخاصة فيما يتعلق بالموضوعات الآتية :

١- التعرف بأنواع الإعاقة.

٢- طرق الاكتشاف المبكر للإعاقة.

٣- أساليب مواجهة الإعاقة.

٤- تعديل المفاهيم نحو المعوق.

٥- التوجيه والتنمية الأسرية للمعوق.

وسوف نتناول دور الأسرة العربية فى حالات :-

١- القصور الذهنى التام.

٢- الروموتويد المتأخرة.

٣- نزف الدم (الهيموفيليا) المتأخرة.

٤- الشلل المخى الكلى.

٥- النوبات النفسية الحركية (الصرع).

حيث أن هذه الحالات تجد صعوبة تامة فى الحصول على خدمات التأهيل من مصادره فى المؤسسات والمراكز ومكاتب التأهيل. إذ أن حالات

القصور الذهنى التام مثلا لا يوجد لها مكان للرعاية داخل مدارس التربية الخاصة كما لا تجد قبولا بمؤسسات التثقيف الفكرى التى ترعى الفئات القابلة للتأهيل.

لذا فإن المجال الوحيد أن يوضع فى دور الاستشفاء العقلى بالرغم من أن الضعف العقلى علميا هو حالة وليس مرض ولكن الذى يحتاج منه إلى الاستشفاء هو فقط الأعراض المرضية التى قد تصاحبه.

كما أن حالات الهيموفيليا أو نزف الدم التى تحصل على الرعاية بالتوجيه الطبى من المصادر الخاصة لا تجد مجالاً للتأهيل حيث يعوقها التشريعات للحصول على ممارسة التأهيل بكل خطواته وتحجب عن هذه الحالات فرص الاندماج التأهيلى.

الأمر الذى يحتاج إلى الأسرة فى رعاية هذه الحالات وخاصة تعاون الوالدين والأشقاء إذ أن ظهور حالة من هذه الحالات الشديدة العجز فى الأسرة يسبب صعوبات اجتماعية ونفسية بالغة لأفرادها مما قد تواجهه بإحدى الأساليب الآتية:

١- الإنكار:

قد تنكر الأسرة وجود الفرد المعوق بها. وتسعى أن تنكر وجود أشقاء أو أبناء غير الأصحاء فيها وذلك ربما لنظرة مستقبلية لأفرادها. إن إنكار وجود المعوق يؤثر عليه نفسيا واجتماعيا حيث يشعر بصعوبة الثقة فى النفس، والتباعد، واكتئابية بما ينعكس على سلوكه الفردى فى عدم العناية حتى بالمظهر العام وبصورة الذات لديه مما يؤدى إلى الانسحاب المتوقع حول الذات وقد ينعكس الإنكار على المعوق فى الرغبة فى أن يظهر ذاته بوضوح فى المجتمع مما يكون له آثار خاصة على الأسرة المنكرة بما ينجم عنه رغبة فى التخلص والعمل على الإبعاد والإخفاء.

٢- الإبعاد:

حيث يحاط وجود المعوق فى الأسرة بالسرية المطلقة فإن الأسرة قد تلجأ إلى إبعاد المعوق عن محيط ومجال الأسرة. وذلك بإنكار وجوده أو إيداعه فى إحدى المؤسسات بقطر خارجى أو مدينة بعيدة أو إيداعه فى إحدى المراكز الطبية المتخصصة أو مراكز الإيواء وذلك بغرض عدم نسبته إلى أفرادها.

٣- الإخفاء:

وقد يصل الأمر إلى إخفاء وجود المعوق، بل قد تنجب الأمر ابنا آخر ويمنح نفس الاسم حتى يظهر الشقيق السليم بدلاً من المعوق إذعانا من الأسرة لكمال الإخفاء وعدم الاعتراف بوجود هذا الفرد.

وقد تلجأ بعض الأسر إلى إخفاء المعوق فى إحدى الحجرات المهجورة بالمنزل مما يصعب للغرباء معرفة وجوده بل ربما إلى المقربين فى الأسرة.

٤ - الالتجاء إلى الشعوذات:

فقد يلجأ الوالدان إلى معالجة الحالة بالبحث عن المشعوذين أحياناً أو أعمال السحر والصرف على المعوق بجنون فى مجالات غير علمية، واتخاذ الوصفات الشعبية شعاراً لعلاج المعوق والاستغراق فى ذلك.

٥ - الإهمال:

قد تلجأ الأسرة مباشرة أو بعد أن تنفذ محاولاتها العلاجية والتأهيلية فى إهمال المعوق وعدم تقبل رغباته واحتياجاته والنظر إليه على أنه ثقل زائد على الأسرة وأفرادها.

٦ - الحماية الزائدة:

تهتم الأسرة بالمعوق اهتماما زائدا حتى تخشى عليه من التعـرض إلى أى صعوبة قد تواجهه ومزيد من حمايته أضعاف ما يستحق وبالتالى لا يقدر على رفع الصعوبات أو التدريب على رفع الصعوبات ومعالجتها. ممـا يفقده القدرة على تحمل المسئولية وعلى العناية بالذات أو حماية الذات.

٧ - البحث عن مجال التوجيه والتأهيل:

حيث يقبل الوالدين على السؤال عن الإعاقة وطرق التعامـل معهـا والبحث عن المعلومات الصحيحة وتصنيفها وتقيمها وتطبيقها علـى حالـة المعوق. كما تظهر لدى الوالدين الرغبة الأكيدة فـى عمـل مـا لمـساعدة المعوق.

وحيث الأسرة هى المؤسسة والمركز والملجأ الأول للفرد المعـوق بوجه عام والمقعد شديدى العجز بوجه خاص. فإن إعداد الأسرة لمواجهـة شديدى الإعاقة يساهم فى عديد من المكاسب للأسرة وللمعـوق. إن إعـداد برنامج توجيهى وإرشادى للأسرة لمواجهة تقبل وتوجيه وتعـديل وتأهيـل شديدى العجز من الضروريات الهامة لوضع المؤثرات الفنية الواجبـة فـى تأهيل هذه الحالات.

أولاً: الأسرة والقصور الذهنى التام:

تقبل مراكز ومؤسسات التأهيل الفكرى وفـصول التعلـيم الخـاص المدرسية حالات القصور الذهنى Mental retarded مـن فئـة المتوسـط والبسيط القابلة للتعلم والتأهيل وذلك بغرض إدماجها فـى بـرامج خاصـة مستمرة داخل الدور بهدف تنمية المهارات السلوكية والتحـصيلية والفنيـة والمهنية والاجتماعية والنفسية وذلك بهدف إكساب المعلومات التربوية التـى تسانده فى التعرف على لغة التعامل مع الآخرين وفهم التعليمات والمعلومات والاحتفاظ بالمفاهيم والمعلومات والتدريب على التـذكر اللفظـى والعـددى

والمكانى واكتساب مفاهيم الاندماج مع الأفراد والأعداد وطرق التعامل المالى فى عمليات الشراء والبيع وإكسابه الحيطة فى التعامل والتعرف على الأشياء وطرق التداول والتبادل وبالتالى زيادة اهتمامه بالذات وثقته فى النفس والاتزان الانفعالى والاجتماعى والنفسى هذا بالإضافة إلى إتقانه مهنة تمكنه أن يجد مجالاً للعمل فى الحياة اليومية.

إن تنفيذ هذه الأهداف فى المركز بعيداً عن الأسرة وتواجدها يضيع الكثير من الجهد حيث أن المعوق ذهنياً يحتاج إلى التكرار والاستمرارية فى تلقى التعليم والتوجيه.

الأمر الذى يحتاج إلى ضرورة تدريب الأسرة على أساليب التعامل مع المعوق ذهنياً وذلك للعمل على الارتقاء بالمستوى الأدائى السلوكى الفردى والاجتماعى والنفسى.

وفى الجانب الآخر أن فئة شديد الإعاقة الذهنية أى حالات القصور العقلى التام التى لا تجد مجالاً للرعاية داخل مراكز ومؤسسات التأهيل العقلى التام التى لا تجد مجالاً للرعاية داخل مراكز ومؤسسات التأهيل الاجتماعى وفصول التعليم الخاص فإن تدريب الأسرة على طرق التعامل معهم يوجد الكثير من الحلول إلى هذه الفئة المحرومة من الرعاية والمهملة والتى يرغب فى التخلص منها. بأن يقام مركزا تأهيلياً للأسرة للتدريب على طرق التعامل مع فئات القصور الذهنى يزيد من ثقافة الأسرة ويوضح لها أساليب خدمة المعوقين ذهنيا بهدف تنمية مهاراتهم وإكسابهم أنماط سلوكية جديدة تعينهم على الاعتماد على الذات والثقة بالنفس والاندماج الاجتماعى. ومن أهم النقاط أن يعطى مقررا تمهيدى باعتباره شرطاً أساسياً لكافة المقررات الأخرى ويعتبر استكمال هذا المقرر التمهيدى ضرورياً من أجل الحصول على أكبر فائدة من المقررات المتقدمة والتى تعالج مشاكل خاصة وتنمى المهارات.

١- **تفهم متطلبات الطفل المعوق ذهنياً:** نبذة عن مراحل النمو : مقدمة عن تأخر النمو ونتائجه - بحث الصعوبات الخاصة التى تواجهها الأسرة.

٢- **حفز الطفل الرضيع والطفل الصغير المتأخرين تنموياً:** أفكار حول تحديد مستوى استجابة الطفل الرضيع والطفل الصغير والمتأخر وطرق ووسائل تشجيعه للوصول إلى المستوى الأمثل.

٣- **التنمية والأنشطة الحركية:** بالنسبة لهذا المقرر ينبغى على الوالدين إحضار طفلهما لتقييمه تحت إشراف إخصائى علاج النمو.

٤- **تنمية مهارات التعبير:** يقوم أخصائى علاج الكلام بمساعدة الوالدين فى فهم سلسلة المهارات المتعلقة بالتعبير وتقدم أفكار حول كيفية تحضير وتشجيع الحالة نحو اللغة.

٥- **اللعب وأدوات اللعب:** يتم مناقشة أفكار حول اللعب وأهمية اللعب لنمو الطفل ودراسة ما يتعلق باختيار واستعمال أدوات اللعب.

٦- **تنمية المهارات:**

أ- القدرة على إطعام الذات.

ب- ارتداء الملابس.

ج- التحكم فى عمليات الإبراز والبوال.

مناقشة وجيزة عملية فى أبحاث التنمية لمساعدة المتأخر فى النمو على اكتساب المهارات الأكل واللبس والإخراج. ويقدم أخصائى علاج النمو للوالدين توجيهات حول عمل جداول عملية تتعلق بالاحتياجات الفردية لأطفالهم من أجل اكتساب هذه المهارات.

٧- **تناول مشاكل السلوك:** عرض ومناقشة سلسلة مشاكل السلوك المحتمل أن تكون واضحة فى الأطفال المتأخرين فى النمو وبحث الطرق الأدائية فى تعديل مشاكل السلوك.

٨- **الصحة، النظافة، التغذية:** وهو مقرر موجه للوالدين لمعرفة أسس الصحة العامة والنظافة والتغذية فى رعاية الطفل متأخر النمو مع الاهتمام بصفة خاصة بالمشاكل التى يواجهها هؤلاء الأبناء.

٩- **وقت الفراغ وأنظمة الترويح:** دراسة أهمية تنمية المهارات بالنسبة لوقت الفراغ والترويح عن النفس. أفكار حول الأنشطة المناسبة فيما يتعلق بالاحتياجات الفردية والاهتمام بالمستويات والأعمار المختلفة.

١٠- **تخطيط المستقبل للطفل المتخلف عقلياً:** مجموعة مناقشة مع أولياء الأمور لبحث الحالة الراهنة لأطفالهم ونقص الاحتياجات المستقبلية وطرق تلبية هذه الاحتياجات.

ومن أهم النقاط التى يحتاج إليها الوالدين فى هذا الصدد:

١- الوقوف على أسلوب معاملة المعوق ذهنياً من حيث أن المعوق ذهنياً ليس فرداً خاملاً غير قادر نهائياً للاستجابة ولكن لديه القدرات الخاصة والإمكانيات التى تساعده على تكوين مفاهيم جديدة واكتساب العديد من الأنماط السلوكية بالرغم من أن قدراته الخاصة محدودة أو ضئيلة لأقصى ما يمكن سعياً به نحو الوفاء بحاجات المعيشة اليومية من حركة وتناول طعام، واتصال بغيره من خلال التخاطب وغير ذلك.

٢- تعرف الوالدين على أسلوب توجيه المعوق للعناية بمظهره الخاص وملابسه وطرق ترتيب ملابسه مستخدماً أسلوب التقليد واكتساب السلوك اليومى بالمحاولة والخطأ دون إظهار العيوب المستمرة ولكن بالتشجيع المستمر لما يبديه المعوق من تقدم سلوكى ولو ضئيل جداً جداً.

وبالتالى يتدرب الوالدين على كيفية إكساب المعوق ذهنياً الاهتمام بمظهره الخارجى ثم بنظافته الداخلية والخارجية ثم بنظافته الشخصية العامة. وذلك بالتدريب على تحديد سلم تدرجى للعناية. بالجزئيات حتى الوصول إلى الكليات وبالتشجيع لا بالقهر وبالتقليد وليس بالتعذيب مع الاهتمام أن تكون الصعوبات التى قد تصاحب المعوق وتنفيذ التعلم بخطوات بسيطة حتى يمكن أن يتغلب عليها ويحصل على التشجيع المناسب لينتقل إلى المرحلة التالية:

٣- تدريب الوالدين على مفاهيم الأغذية المناسبة للمعوق وطرق إعدادها بما لا يفقد فائدتها الغذائية وكيفية تقديم الغذاء للمعوق وتشويقه للطعام والحد من الإسراف فى تناول بعض الأغذية الغير ملائمة ثم تدريبه على أسلوب تناول الطعام. والعناية بنظافة اليدين بخطوات تحليلية وبالتالى التدريب للعناية بالأسنان من خلال تحليل المهام والتدريب عليها.

٤- يتدرب الوالدين على كيفية شغل وقت المعوق بالأسلوب البناء وكيفية ابتكار المعينات السمعية والبصرية التى توصل للمعوق المعلومة، إن تدريب المعوق على المساهمة فى إعداد وسائل شغل وقته أفيد بكثير من أن نملى عليه الوسائل من الخارج.

إن إعداد ألعاب شغل وقت الفراغ من خامات البيئية يوفر الكثير حيث لا يؤثر فى إتلاف اللعبة أو إهمالها ويساعد على تجديدها باستمرار.

٥- يوجه الوالدان نحو مواقف إكساب الابن هواية وذلك بأسلوب الإثارة والتحفيز نحو أنشطة مهنية مثيرة. إن إبراز النشاط المهنى كهواية للمعوق ويثير انتباهه أفضل من وضع برنامج مهنى ذو خطوات فى بداية تكشف قدراته المهنية وهواياته الفنية - ومن أهم ما يثير المعوق ذهنياً النشاط البسيط الجذاب الهداف والمتحرك.

وإذ يوضع المعوق على أول طريق التعلق بهواية تعزز لديه الهواية بالترغيب والتشجيع للاستمرارية وعدم التسرع فى إظهار الإتقان ولكن يكفى بروز الرغبة فى اكتساب خطوة من المهنة. إذ لا يطلب من المعوق نشاط فنى متكامل ولكن جزء من نشاط فنى يثير انتباهه وينجذب إليه ويمارسه ثم يتآلف معه وبالتالى يتعود على القيام به إلى أن يتعزز لديه ويميل إلى إتقانه ثم يبدأ فى الانتقال إلى خطوة تالية.

ومن الأفضل أن يعرض على المعوق مجموعة من الأنشطة التى فى حدود قدراته ويمكنه أن يتعامل معها فى يسر وفى حدود إمكانياته الذهنية والنفسية والاجتماعية إلى أن يكون الرأى الفردى فى الاهتمام بالمهنة الهادفة من الهواية وتشجيعه وتنمية هذه الهواية لتجد مسارها نحو اكتساب الموقف المهنى.

ويوجه الوالدين إلى عدم التسرع فى الانتقال من مكسب قليل إلى أكبر إلى حين أن تتخذ المرحلة المهنية التى اكتسبها نمطا سلوكيا وبالتالى ينتقل إلى الخطوة التالية خاصة إذا كانت مشابهة للأولى أو مكملة لها ولا تعطى درجة كبيرة من التعقيد. يجب عدم توقع مزيد من الدقة ومزيد من الإتقان فى بداية الطريق إلى أن يتأكد من إجادة كل خطوة قبل المضى إلى الخطوة التالية. وأن تقديم المكافأة الملائمة للفرد والتشجيع المستمر على نحو ثابت ومباشر له اثر كبير فى التكوين المهنى للمعوق.

٦- يتدرب الوالدان على تقبل المعوق ذهنيا واعتباره عضوا له درجة من التأثير على الأسرة وليس إبراز للتأثير السلبى فى نظر الأسرة ولكن إبراز الجانب الإيجابى فى العلاقة. إن تغيير مفهوم العجز لدى الأسرة يساعد الأسرة على فهم معنى الاستقلالية فى حياة المعوق وأثر تكوين مفهوم التكيف الشخصى على الأسرة. إن تدريب المعوق

على الاستقلالية والاعتماد الذاتى ولو فى مناشط بسيطة يخفف الكثير من الأعباء الأسرية، وبالتالى يزيد من تقبل الأسرة له.

٧- يتدرب الوالدان على أساليب الترفيه الاجتماعى وأنشطة قضاء وقت المعوق لكى يبعث إليه بالأمل والبهجة والسرور. إن مشاركة الأسرة للمعوق فى الألعاب المسلية والمثيرة والجذابة والمنمية للقدرات وخاصة للانتباه والتركيز تساعد على اكتساب أنماط سلوكية ومواقف متميزة. لأن محاولة إجادة المعوق إلى بعض الألعاب الثنائية يؤثر على الآخرين وعلى الأفراد بما يجعل المعوق متقبلاً من الآخرين.

٨- يتدرب الوالدان على حسن المشاركة الجماعية بإدماج المعوق ليس داخل الأسرة فى الألعاب الفردية فحسب بل ضرورة خروج المعوق إلى المجتمع. فالحدائق والمنتزهات تلعب دوراً كبيراً فى حياة الفرد وتجدد من نشاطه وتدربه على تقليد الآخرين فى بعض المناشط بأسلوب غير مباشر.

إن تغيير المفهوم لدى الوالدين يعزز رغبتهم فى إدماج المعوق فى زيارات المعارض والأسواق والاندماج فى الواقع الاجتماعى.

إن اشتراك المعوق فى النوادى والساحات الشعبية والمراكز الرياضية والسباحة له أثر كبير لإظهار الذات ويعتبر مكافأة كبيرة لإجادته وتقدمه السلوكى والاجتماعى.

ثانياً: الأسرة وحالات الروماتويد:

يصيب مرض الروماتويد المفصلى الحالات التى تعانى من التهابات روماتيزمية متكررة. علما أن مسببات الروماتويد عديدة منها ما يرجع إلى حالات وراثية ومنها أسباب أثناء الحمل وأخرى أسباب مرضية أخرى.

وقد يتعرض المرضى إلى إصابة جزئية محددة فى أجــزاء الجــسم مثل الأقدام أو الأصابع وقد تزداد الإصابة إلى مفاصل الجسم حتى تصل إلى ضعف القدرة على الحركة والانتقال بل تصل إلى تعطيل القدرة على تداول الأشياء البسيطة وصعوبة حركة المفاصل حتى مفاصل الفكين مما يؤثر على النطق والكلام.

إن الفهم والنوعية للاكتشاف المبكر لهذا المرض يقلل مــن درجــة الانتشار ويساعد الحالة على مقاومة المرض بفهم الغذاء المناسب والتمارين الرياضية الملائمة والحركة المستمرة المنتظمة والخضوع للإرشادات الطبية واستمرار التحليل الإيقاعى المنتظم.

إن إعلام الأسرة إلى أسباب التعرض إلى مرض الروماتويد يقلل من الإصابة به إذ أن الوقاية خير من العلاج كما أن الوقاية تساعد على تحديــد التعرض للمرض والعمل على الحصانة.

إن فهم الوالدين وتبصرهم بالمتطلبات الإرشادية التأهيلية يمهد إلـــى التباطؤ فى الوصول إلى حالة الإقعاد والعزلة والانطواء والانــسحاب مــن الظهور أمام الأقربين، والزائرين.

إن إحجام المريض والأسرة من مقابلة الزائرين أو الخــروج مــن المنزل يزيد آثار المرض إذ أن من أولى الإرشادات التأهيلية :

١- تدريب الأسرة على تقبل حالة العجز وذلك بتقبل المريض نفــسياً إن تدريب المعوق على الاعتماد على الذات فـــى الحركـــة والانتقـــال وتداول الأشياء ومواجهة الصعوبات والتغلب عليها خطوة أولى.

إن إشفاق المجتمع المحيط به عليه والإسراع برفع العقبات المواجهة له يساعده على التواكل والاعتماد على الغير وبطء الاستجابة والحركة ممــا يزيد من فعل المرض لديه.

٢- الاهتمام بتعرض الحالة إلى أشعة الشمس مع عدم التركيز المستمر وذلك ليس فى الأماكن المغلقة أو خلف النوافذ ولكن فى المنتزهات وخاصة على شواطئ البحار للتعرض إلى عنصر اليود.

٣- الاهتمام بتدريب الأسرة للمبادئ الأولية للعلاج الطبيعي وخاصة التمارين الحركية الصحيحة وطريقة مساعدة المعوق على القيام بها وتكرار التمرين. إن تدريب العضلات الصغيرة والأوتار يساعد فى رفع المستوى الشخصى ويزيد المقاومة للحالة كما أن خضوع الحالة لتوجيه ممارسى العلاج الطبيعى داخل مراكز العلاج الطبيعى أفضل من زيارة المعالج الطبيعى للحالة منزليا. إذ يساعد الحالة للخروج من المنزل والسير لفترة يمهد لتقبل العلاج الطبيعى كما أن داخل مراكز العلاج يوجد أجهزة الشمع والأجهزة الملائمة للتدريبات الحركية التى تساعد فى العلاج.

٤- تجنب عزل المعوق عن المجتمع وذلك بإظهار ما لديه من قدرات ومواهب فنية يمكن أن يبرز تفوقه فيها.

إن التوجيه للعلاج بالعمل مع هذه الفئة يكسبها درجة كبيرة من تقبل الذات والخروج من العزلة والتأهيل التعويضى عن العجز ويتطلب العلاج بالعمل أن تبرز القدرات الخاصة أو المواهب لدى المريض وقد يصل الأمر إلى إعداد الخضر الطازجة أو المحفوظة بالتدريب على نظافتها وإعدادها ثم تكييسها فى قراطيس من البلاستيك وغلقها إن هذه العمليات المتعددة تحتوى على تدريبات للأصابع وحركات مفاصل الجسم وتستند إلى قوة حركية عضلية بسيطة ولكن النسبة للمريض هى كبيرة جدا. ومثل هذه الأعمال كثيرة جداً يمكن أن توجه هذه الحالات لها وتصبح أفرادا منتجين من خلال العلاج بالعمل.

إن أهداف العلاج بالعمل كثيرة جدا ومن أهمها إظهار الثقة بالنفس والتعويض عن النقص والعمل على نسيان الألم والبعد عن التفكير المتمركز فى الذات وتحقيق الاندماج الاجتماعى فى ظل التنمية الفردية الاجتماعية الشاملة.

٥- تتفهم الأسرة دور المتابعة العلاجية وخاصة التحليل المستمر للدم تحت إرشاد طبيب خاص لتعديل الجرعات العلاجية بما يتناسب مع الحالة وبالتالى تحديد أنواع الطعام الملائم.

٦- يلعب العلاج الجمعى دوراً كبيراً فى نجاح هذه الحالات فإن إدماج المريض فى جلسات جماعية يطرح فيها ما لديه من صعوبات ويعبر فيها عن ذاته وعن مشاعره وأحاسيسه بل أيضاً وتاريخه وطرق مواجهته للصعاب التى قابلته والتعبير عن الذات داخل جماعة منها من يعانى من مثل هذه الحالة، بدرجاتها المختلفة فإن الشعور بالمشاركة من الآخرين يهون الكثير من الأمر هذا من جانب المريض.

أما من جانب الأسرة فإن لقاء الأسر التى يعانى بعض من أفرادها هذا المرض يوجد الوعى الأسرى ويحقق التخفيف للأعباء النفسية الأسرية ويشعر الأسرة أن هناك حالات تحسنت فى خطة معينة قد يتدرب عليها. إن شعور الأسرة بالترابط مع أسر أخرى يهيئ المناخ لتقبل المريض وتحسين ظروفه واندماجه فى المجتمع والبعد عن إخفاء هذه الحالات.

٧- يجب أن تعى الأسرة أن ظهور حالات الروماتويد فى أعمار زمنية صغيرة لا يعيق الحالة عن التعليم ولكن يجب تشجيع المريض على التواصل التعليمى وتعزيز تفوقه ولو بدرجة بسيطة وإشعاره بأنه أفضل من كثيرين ومآزرته على النجاح المتواصل فى اكتساب المعلومات.

ثالثاً : الأسرة وحالات سيولة الدم :

الدم هو السائل المعجزة الذى خلقه الله ليحمل الغذاء والغازات والهرمونات وغيرها إلى جميع أجزاء الجسم. وعن طريقه تتبادل الغازات فتأخذ منه الأنسجة جميعها الأكسجين والغذاء وتعطيه العضلات ثانى أكسيد الكربون ليتخلص منها الجسم بطرق مختلفة. ونظراً لأهمية الدم فإن الله سبحانه وتعالى جعل فيه حركة دائمة فيظل سائلاً يجرى فى أوعية كثيرة وهى الشرايين والأوردة والشعيرات ولا يتجمد فيها أبدا ما دامت الحياة تنبض.

وقد وهب القدير الدم خاصة أخرى هامة وهى احتوائه أنزيمات وعوامل مختلفة فى حالة سكون ولكن بمجرد أن يجرح الفرد ويخرج الدم من مجراه الطبيعى فإن تلك الأنزيمات والعوامل تنشط وتتفاعل لتكون ما يسمى بالجلطة التى تسد الجرح وتمنع مزيدا من النزف وتحافظ على الدم من الانسكاب والضياع.

أما فى حالة مريض النزف الوراثى (الهيموفيليا) أو مريض سيولة الدم فإن أحد الإنزيمات أو أحد العوامل إما أن يكون غير موجود أو موجودا ولكن بكمية أقل من الطبيعى أو موجودا بكثرة ولكنه غير ذى فعالية فإذا جرح المريض فإن تلك الإنزيمات والعوامل لا تعمل ولا تنشط لأنها مرتبطة ببعضها البعض وبالتالى لا تحدث التجلط التى تسد الجرح بل يستمر النزف. وقد يظل هذا النزف لمدة طويلة مما يفقد المريض جزءاً كبيراً من دمه.

إن وعى الأسرة لطبيعة مريض نزف الدم تقلل من الأخطار التى يتعرض لها لذا من أهم النصائح التى يجب أن تقدمها وسائل الإعلام للأسرة:

١- المحافظة على المعوق من حيث التعرض للألعاب الخطرة وخاصة الأطفال من التداول واللعب بالألعاب مدببة الحرف وحماية المعوق من الاضطرابات العنيفية أو اللعب بالأدوات الحادة وما شابه ذلك.

٢- عدم تعريض الطفل حديث الولادة لأى عمليات جراحية أو إصابات بالرأس أو البطن فهذه مواطن الخطر ولكن إذا كانت هناك ضرورة لإجراء جراحة مهما صغرت فالواجب عمل تحاليل للتأكد أولاً من أن الطفل غير مصاب بحالة سيولة الدم.

٣- فى حالة الإصابة بالنزف سواء خارجيا أو داخليا خصوصا بالمفاصل فيجب على الفور التوجه إلى مركز العلاج لمنع استفحال الحالة فالعلاج المبكر لا يترك آثارا سقيمة إذ من الملاحظ أنه فى حالة العلاج السريع فإن الجزء المصاب يرجع إلى حالته الطبيعية بأقل النفقات والمجهود.

٤- كلما كبر المصاب بنزف الدم كلما قلت إصابته بالنزف ويرجع ذلك إلى:

أ- إما أنه يبتعد عن الأفراد وأصبح قادرا على أن يحافظ على نفسه من الأخطار.

ب- أم لاقتراب الحالة من الشخص الطبيعى فلا ينزف وهذا يتأتى غالبا بعد سّن الرابعة عشر.

٥- إذا أحدث النزف بالمفصل أى ورم أو ألم المفصل يجب ألا يعمل أى محاولة لتحريك المفصل المؤلم بل يجب تثبيته فى الوضع الذى يريح الحالة. وإذا حدث النزف داخل العضلة فإن الكمادات الثلجية تخفف من الألم لحين الوصول إلى أقرب مركز للعلاج.

أما الإصابة بالرقبة - الفم - اللسان - الوجه أو العين فهذه الأماكن خطيرة وتحتاج إلى علاج مباشر داخل المركز دون تدخل أحد إلا المختصين.

٦- يجب أن لا يحصل حالة النزف على مركبات السلسلات ولا حقن فى العضل مطلقا أو فى الجلد أو تحت الجلد.

٧- أن يهتم اهتماما خاصا ويعتنى بالأسنان عناية تامة حتى يتجنب ضرورة الخلع. ولا يخشى عليه من الحشو إلا انه لا يعطى بنج موضعى بالحقن إلا إذا علم أن المريض سبق أن حصل على حقن.

٨- من الملاحظ أن مريض الهيموفيليا إذا أصيب بنزف المفاصل أو العضلات فقد يصعب عليه تحريك العضو المصاب لمدة طويلة. لذلك فقد ينتج عن ذلك ضمور فى العضلات وتيبس وتورم بالمفصل ولتفادى ذلك ينصح بأن يعالج المريض فى الحال وبالكمية الكافية من العنصر وأن يعرض على مركز نزف الدم بعد كل إصابة وبعد كل شفاء حتى يمكن عمل العلاج الطبيعى الملائم لتلك الأعضاء إذا لزم الأمر وذلك تجنبا للتشوهات أو لتيبس المفاصل والإعاقة الأخرى.

٩- يجب ألا يمارس مريض النزف الشديد الرياضة العنيفة أو الخطرة مثل كرة القدم وركوب الدراجات أو الخيل ولكن يفضل له ممارسة السباحة إذ هى رياضة محببة ويجب تشجيع مريض النزف على القيام بها كذلك رياضة المشى ولكن دون عناء أو تنس الطاولة أو ألعاب التسلية المفيدة الداخلية كالشطرنج وغيرها.

١٠- التعليم هام جدا لمرضى النزف حيث يؤهلهم للأعمال الإدارية أو المكتبية أو التخطيطية لذا على الأسرة ضرورة إلحاق أبنائها بالتعليم وتشجيعهم ومتابعتهم. فمريض النزف على درجة كبيرة من الذكاء لذا يجب أن يهتم أولياء الأمور به من حيث الرعاية ضد الحوادث والعلاج السريع عند حدوث النزف فإن تغيب عن المدرسة يعوض بما تركه من أعمال ودروس مدرسية حتى يمكن أن يظل على مستواه التعليمى ولا يتخلف عن باقى أقرانه وبالتالى كلما أظهر تفوقا كلما ارتفعت درجة روحه المعنوية وبالتالى يتحقق لديه التفوق والنجاح.

١١- تجنب النزف المتكرر فى الطفولة إذ تكرار النزف يساعد على تدهور القدرة العقلية العامة ويقلل من مستوى التركيز والتذكر والاستيعاب.

١٢- إن التدريب المهنى على مستوى الهواية المهنية دون بذل الجهد الحركى العنيف تكسب مريض النزف درجة من الثقة بالنفس والاهتمام بالذات والشعور بالأنا الاجتماعى والإحساس بالوجود وإمكان الاندماج والمشاركة.

ويقوم التأهيل الاجتماعى لمرضى نزف الدم باكتشاف المواهب الفنية وتعزيزها والتقدم بها إلى تكوين فرد منتج متخصص فى المهنة. ويفضل التدريب على مهن لا تحتاج إلى أخطار مهنية مثل تربية زهور الظل أو النباتات الداخلية والتصوير والتحميض وطبع الصور والمستندات وصناعة البلاستيك والتغليف وصناعة إطارات الصور والبراويز. وإن حصوله على مؤهل دراسى يتيح له العمل فى المهن الكتابية والتخطيطية ويساعده على تحقيق الذات.

رابعاً : الأسرة وحالات الشلل المخى الكلى:

يصاب الفرد بالشلل المخى نتيجة إصابة المخ بشكل ما. وكلمة مخ هنا تعنى المخ Brain بينما كلمة شلل أن هناك مشاكل فى أداء العضلات لوظائفها – ومن أهم وظائف المخ أن يمنح أجزاء الجسم المختلفة الأوامر بالعمل والحركة ويتم ذلك عن طريق إعطاء الأمر للعضلات بالحركة. والعضلات هى التى تحرك الأذرع والساقين والرأس والعينين والفم وسائر أجزاء الجسم وإذا أصيب المخ فإننا قد نواجه مشاكل مع مختلف أجزاء الجسم. وتأثر أى جزء من أجزاء الجسم يعتمد على الجزء الذى أصيب من

المخ. وفى حاله الشلل المخى نجد أن الجزء الذى يتحكم فى المخ يكون هـو الذى قد أصيب

ويحدث الشلل المخى نتيجة بعض الحوادث أو الأمراض التـى أدت إلى إصابة المخ وفى بعض الأحيان يتعرف الأطباء بيسر سبب إصابة المخ وفى أحيان أخرى لا يعرفون الأسباب. فقد تحدث الإصابة أثناء الحمل أو إذا تمت الولادة مبكراً وفى وقت مبكر من الحياة أثناء فترة نمو المخ.

وقد تكون الإصابة بالشلل المخى إصابة شديدة ويحدث ذلك إذا كان الجزء المصاب من المخ جزءاً كبيراً والتلف الذى أصابه تلف كبير. وقـد لا يستطيع الفرد فى هذه الحالة القدرة على المشى أو الكلام وقد يحتاج المساعدة فى ارتداء ملابسه أو تناول الطعام والشراب. ويمكـن أن تكـون الإصـابة بسيطة وتجد ذلك عندما يكون الجزء الذى أصيب فى المخ جـزءاً صـغيراً وإصابته بسيطة وقد يعانى فى هذه الحالة من مشاكل بسيطة فى المـشى أو الكلام أو استخدام يديه وفى بعض الأحيان قد تكون هناك أجزاء من المخ قد أصيبت بالإضافة إلى الأجزاء التى تتحكم فى العضلات وعندما يحدث ذلـك فانه قد توجد مشاكل فى التعلم والرؤية ونوبات مرضية أخرى.

وهناك أنواع كثيرة من الشلل المخى يمكن التحـدث عنهـا بطـرق مختلفة إذ كل حالة تختلف عن الأخرى كما أن إصابة كل فرد بالشلل المخى يختلف عن الآخر. ومعرفة أى نوع من الشلل المخى أصيب به تمكن مـن معرفة كيفية المساعدة بشكل أفضل. ومن الأنواع الرئيسية للشلل المخى:

١ - شلل مخى تشنجي:

وهى أكثر الأنواع شيوعاً وقد تبدو العضلات كأنها مشدودة ويـشعر الفرد بتيبس زراعيه وساقيه وباقى أجزاء جسمه ومن الصعب تحريكها.

٢ - شلل مخى ارتعاشى:

ويعنى أن تتحرك الزراعين والساقين والرأس أو أى أجـزاء مـن الجسم بشكل لا يتحكم فيه الشخص ولا يتمكن من السيطرة علـى حركـة الجسم.

٣ - شلل مخى ارتخائى:

وتكون العضلات خفيفة ومرتخية.

٤ - شلل مخى اختلاجى:

وهو أقل الأنواع شيوعاً فى الشلل المخى وينتج عن إصابة جزء من المخ يتحكم فى التوازن.. ويعنى هذا أن الشخص يمشى بدون اتزان أو يسقط أثناء المشى.

٥ - شلل مخى تصلبى:

وفيه تكون العضلات يابسة ومقيدة الحركة وهو يشبه الشلل المخـى التشنجى من نواح كثيرة.

٦ - شلل مخى مختلط:

ويحدث عندما يصاب الشخص بأكثر من نوع مـن أنـواع الـشلل المخى.

ويمكن أن يصنف الشلل المخى كذلك على حسب الجزء المصاب من الجسم إلى:

١ - شلل طرف واحد:

أى الشلل يصيب الزراع أو الساق.

٢ - شلل طرفين:

تكون فيه الإصابة للساقين وقد تكون هناك أيضاً إصـابة للـذراعين ولكن عادة ما تكون إصابة الساقين أكثر من الذراعين.

٣ - شلل ثلاثى:

تكون فيه الإصابة لثلاثة أطراف كالساقين وذراع واحدة.

٤- شلل رباعى:

وتكون فيه الإصابة للأربعة أطراف (الساقين والذراعين).

٥- شلل نصفى:

وتكون فيه الإصابة للذراع والساق اليمنى أو الذراع والساق اليسرى وعادة ما تكون إصابة الذراع أكثر من الساق.

إن حالة المصاب الشلل المخى لا تتطور أكثر مما هى عليه، كما أن التلف الذى يحدث لا يسوء أو يتحسن. ويحصل معظم المصابين على تحكم أكثر فى عضلاتهم نتيجة للعلاج الخاص. ويساعد هذا العلاج الخاص فى تحسن القدرة على المشى أو الكلام أو استخدام الذراعين بشكل أفضل.

لذا من واجب الأسرة أن تقى حالة الشلل المخى الذى قد يصيب أحد أفرادها وذلك بالتشخيص الدقيق المناسب للحالة وأن تتدرب على التمريض الملائم وذلك بالحصول على العلاج الطبى فى حينه وتحت التوجيهات الطبية السليمة.

إن حصول الحالة على تدريبات العلاج الطبيعى فى مراكز العلاج الطبيعى غير كفاية لمثل هذه الحالات ولكن وعى الأسرة بالتمرينات وطرق ممارستها يعين على إعادة التدريب مرات بالمنزل لمساعدة العضلات على الحركة ولتقوية الأوتار العضلية لذا يجب أن تتدرب الأسرة على طرق القيام بالتمرينات الحركية التى لا تقلل من الحصول على توجيهات المتخصصين.

لذا يجب عدم حجب حالات الشلل المخى عن الاندماج الاجتماعى إذ أن الشلل المخى ليس من الحالات التى تنقل العدوى فيخشاه الآخرين ويتباعدون عنه ولكن خروج الحالة من المنزل والتعرض إلى أشعة الشمس والتدريب على المشى فى بعض الحالات يساعد المريض على المقاومة والعمل على بذل الجهد.

العلاج بالعمل له دور كبير فى مثل هذه الحالات إذ يمكنه من تعديل السلوك واكتساب درجة من الثقة بالنفس والشعور بالوجود. لذا يعتمد على الوقوف على القدرات الخاصة لدى الحالة وهواياته والاستعدادات المتبقية لديه وطموحه وقدراته على الابتكار ويبدأ أخصائى العلاج بالعمل على وضع الحالة على طريق المهنة بالتشجيع على ممارسة مهنة ولو ضئيلة وبخطوات محدودة ويزداد بها تدريجياً كلما تحسنت الحالة وذلك واضعا أنواع الشلل المخى فى الاعتبار.

إن الوصول بالحالة إلى إجادة مهنة معينة يكسبها الكثير مما يزيد من الاندماج والتلاقى الجمعى. إن مشاركة الأسرة للحالة فى العمل يدفع المريض إلى التقبل المهنى وشعوره بأنه أصبح مقبولاً أسرياً ومشاركاً فى عمليات التنمية الأسرية مما يزيد البهجة للمريض.

يحتاج مرضى الشلل المخى لعلاج النطق والكلام حيث يقوم المعالج بالآتى:

١- التشخيص الأولى فى حالة الكلام وذلك للوقوف على مدى نطق الحروف والتشوهات الواقعة وأثر نطق الحروف على تكوين الكلمة وارتباط التلاقى الفكرى للكلمة ومدى مطابقة الكلمة المنطوقة إلى الفكرة.

٢- وضع التخطيط العلاج الفردى والجماعى. فلكل حالة من حالات عيوب النطق وأمراض الكلام تدريبات خاصة فى اتباعها سواء من جانب فردى أو فى جلسة فردية ما بين المعالج والفرد أى فى جلسة جماعية ما بين المعالج وجماعة الأفراد المتشابهين فى حالاتهم إلى حد ما. وهنا يكون دور الأسرة مع المعالج حتى تتدرب الأسرة وبالتالى تمارس تكرار التدريب.

٣- المتابعة العلاجية وهذه عملية المراقبة الغير محسوسة وغير ملموسة من الأفراد من جانب المعالج وهى مرحلة متقدمة من مراحل العلاج.

وتقوم الأسرة بمساعدة الحالة فى عمليات الترفيه وخاصة بممارسة بعض الألعاب الرياضية وخاصة السباحة مما يكون له أثر فعال فى تدريب العضلات بالإضافة إلى الالتقاء مع الآخرين.

إن ممارسة الألعاب الإيقاعية أيضاً لهذه الحالات ترفع من الروح المعنوية فالرقص الإيقاعى الحركى سواء الذاتى أو الاعتماد على الكراسى المتحركة يثير البهجة والانشراح ويرفع درجات الاكتئاب والانعزالية.

إن تلاقى أسر المصابين بحالات الشلل المخى فى مركز متخصص، أو نادى يشعر الأسرة بوجود آخرين يعانون من مشاكل مشابهة لذا يرفع من درجة التقبل للحالة وبالتالى تبادل الخبرات الموجودة مع الأسر وتحت توجيه وإرشاد متخصصين ينعكس أيضاً صداه على الحالات للتحسن والاندماج وممارسة أعمال التنمية الشاملة.

خامساً: الأسر وحالات النوبات النفسية الحركيّة (الصرع) : Epilepsy

يعانى مريض الصرع دائماً من أمرين:

الأول: موقف المجتمع بنظرته المتخلفة حيث لم تزل معلومات العامة عن طبيعة ذلك المرض مشوهة. إذ يسود الاعتقاد بأن مريض الصرع تسيطر عليه قوى شريرة وهناك من يخلط بين مرض الصرع والأمراض العقلية الذهانية.

الثانى: بأن مريض الصرع قد يحتاج إلى الحماية والعطف والمساعدة من الوالدين.

والصرع مرض يتميز بحدوث تغيرات فيزيائية وكيميائية في خلايا مخ المريض الأمر الذى يحدث اضطرابات مؤقتة ولكنه متكرر فى أى مجال من المجالات النفسية أو الحركية الحشوية. وقد يصحب هذا الاضطراب تغير فى الوعى أو لا يصاحبه كما قد يكون تغير الوعى هو الظـاهرة الوحيـدة للمريض. إذ يسقط المريض على الأرض وتنتابه تقلصات عضلية فى جميع أطراف الجسم وتخرج الرغاوى من الفم وبعد فترة يعود المريض إلى حالته الطبيعية.

وللصرع أنواع أربعة هى:

١- النوبة الصرعية الكبرى:

وهى نوبة فجائية تشنجية تتكرر كل مدة معينة يقع فيهـا المـريض على الأرض ويصاب بتقلصات شديدة وتمتاز النوبة الكبرى بوجود جـرس تنبيهى قبل النوبة بساعات أو بأيام ويكون فى صورة قلق حركى أو صراع أو آلام جسمية أو اكتئاب أو شبه هلوسة سمعية أو بصرية أو يشعر المريض بظاهرة الألفة أى يرى أشخاصا فيعتقد أنه شاهدهم من قبل وكـذلك جفـاف الريق وصفير الأذن أو اصفرار الدنيا أو تنميل الكلف أو اضطراب دقـات القلب. ويسبق التشنج صيحة عالية أو صرخة فيفقد المريض بعـدها وعيـه ويقع على الأرض. وتتقلص عضلات جسمه كلها حوالى ١٠ ثوان إلى ٢٠ ثانية يبدأ التشنج الارتخائى وأحياناً قد تطول هذه الفتـرة ويعقـب التـشنج الارتخائى عودة التنفس فى صورة شخير ويظهر ريم حـول الفـم وتكـون العينان مقلوبتان لأعلى ويقد يفرغ المريض المثانة أو الأمعاء. ويعقب ذلـك انتظام التنفس وبعد النوبة قد يدخل المريض فى نوم عميق أو يـشكو مـن صداع أو من ذهول واختلاط وقد يعقب النوبة ظهور نوبات هياج وغـضب وقد تظهر بعض العلامات الذهانية المؤقتة.

٢- النوبة الصرعية الخفيفة:

وهى النوبة التى يضطرب فيها وعى المريض لفترة قصيرة (ثانية أو ثانيتين) ولا يسبقها أى علامات منذرة فيتوقف عن الكلام وتثبت عيناه فى محجرها ولا يرى ولا يسمع وقد يتوقف التنفس، ونادرا ما يسقط المريض على الأرض أو يترنح وقد تتكرر فى اليوم أكثر من مرة وهى تحدث للأطفال وللكبار.

٣- النوبة الصرعية النفسية الحركية:

وهى النوبة التى يضطرب فيها وعى المريض ويحدث تشنج ويقع فيها المريض على الأرض ويصاب بتقلصات شديدة إلا أن المريض لا يؤذى ذاته ولذا تمتاز بحماية الذات والرغبة فى استجداء عطف الآخرين.

٤ - الحالة الصرعية:

حيث تتميز شخصية مريض الصرع بخصائص معينة يمكن إجمالها فى:

أ- سهولة الإثارة.

ب- الاعتداد بالرأى.

ج- الميل فى الإغراق فى التدين ويزداد هذا السلوك مع نوبات الصرع.

د- الميل الزائد للنظام مع حب الرقابة المملة.

ه- تقلب العواطف.

و- الميول المتشككة.

وقد يرتبط أحياناً بالشخصيات الهيستيرية والعصابية والسيكوباتية من حيث الأعراض.

فإذا أصيب أحد أفراد الأسرة بالصرع فإنه يشيع جو القلق والاضطراب داخلها وخصوصاً فيما يتعلق بمستقبل المريض وشفائه. وإمكانيات الأسرة الاقتصادية فى مواجهة نفقات العلاج.

وحيث تتعرض الحياة الوجدانية والعاطفية والسلوكية لمريض الصرع للاضطرابات فإن ذلك ينعكس على المحيطين به من أفراد الأسرة. فيكون أحياناً مشاعر عدوانية من المريض تتوجه نحو أفراد أسرته والآخرين إذا ما شعر بوجود مشاعر سلبية نحوه.

وللأسرة دور فعال فى التوجيه والإرشاد لمرضى الصرع إذ تعوضه الكثير مما يواجهه فى المجتمع من نبذ أو تجنب قد يؤدى إلى زيادة حالة الاكتئاب مما يعرضه إلى تكرار النوبة وبالتالى بفقد التواصل التحصيلى الذى يؤدى إلى فشل دراسى لذا على الأسرة:

١- أن تعى الأسرة أن الصرع ليس من الأمراض المعدية وليس من مسبباته الأرواح الشريرة.

٢- أن تتقبل الأسرة مريض الصرع وأن تمنحه الرعاية والتعاطف وتتقدم به إلى المعالج الطبى بمجرد ظهور الأعراض وتتجاوز عن انفعالاته الحادة.

٣- أن تتعرف الأسرة على أساليب تمريض الصرع قبل وأثناء النوبة وبعدها. فيمكن تخفيف أثر سقوط المريض على الأرض حيث تدارك الأسرة إنذارات حدوث النوبة. وأثناء النوبة ينبغى حماية المريض من السقوط على آلات حادة أو نار مشتعلة. ووضع حاجز بين الأسنان حتى لا تؤذى اللسان أو تتكسر الأسنان وتؤثر على جهازه الهضمى وإمالة رأس المريض إلى أحد الجانبين بعد انتهاء التقلصات العضلية حتى لا تتسبب الإفرازات المخاطية فى اختناق المريض. إن

وعى الأسرة بالإسعافات الأولية لمرضى الصراع يقلل الكثير من الإصابات التى قد يتعرض لها المريض.

٤- إن تتعرف الأسرة على معدل تكرار النوبة الصرعية وتسجيلها ومعرفة علاقاتها الإنذارية يمكن تحاشى خروج المريض إلى الطريق العام أو التعرض للإصابة.

٥- تنظيم وقت التركيز الزائد وخاصة وقت مشاهدة التليفزيون أو الأفلام الطويلة وعدم السماح للمريض الصرعى بقضاء أوقات طويلة أمام التليفزيون أو الفيديو أو الأفلام وخاص الطويلة والمثيرة.

٦- توفير العلاج اللازم والتأكد من أخذ الجرعات العلاجية بانتظام وفى مواعيدها المحددة.

٧- أن تتيح الأسرة لمريض الصرع الحق فى مزاولة نشاطه الاجتماعى تحت إشرافها وذلك بالاندماج فى مقابلة الأقارب والغرباء والتعامل الاجتماعى السوى معهم وإشراكه فى جماعات النشاط داخل النادى الاجتماعى أو مراكز الشباب وكذا ممارسة النشاط الترفيهى.

٨- عدمّ الاهتمام الزائد بالمريض فالاهتمام الزائد مثل القسوة وعدم التعاطف فى نتائجها. إذ قد يستغل مريض الصرع الاهتمام الزائد به مما يعوق نموه الاجتماعى ونضجه النفسى.

٩- متابعة دروس المريض من الأبناء المصابين بالصرع لتعويض ما فاتهم من دروس خلال تكرار حدوث النوبة وحتى لا يتسبب ذلك فى تخلف دراسى عن إخوانهم فيؤدى إلى عذوف تعليمى.

١٠- مصارحة الطرف الآخر عند الزواج حتى يتم الزواج على أساس الاختيار الواعى على أن يتم إنجاب أقل عدد ممكن وأن لا يتزوج مريض الصرع من مريضة صرعية.

١١- أن تعى الأسرة بأن مريض الصرع فرد منتج فى المجتمع ويمكنه أن يتكون مهنيا وذلك باكتشاف قدراته المهنية واستعداداته الفنية ومواهبه الابتكارية وتشجيع ما لديه من مميزات فنية ومساندته لكى يكتسب المهنة التى لا تعرضه إلى أخطار مهنية. فإن أصوات الآلات أو الماكينات العالية تؤثر فى حدوث النوبة. ولذا فإن تكوينه وتدريبه المهنى على مهن لا تستخدم ماكينات ذات أصوات أو إيقاعات ولا تحتاج إلى زيادة التركيز أفضل بكثير فى إعداده المهنى.

ومن أنجح المهن التى يتدرج فيها مريض الصرع طبقاً لقدراته العقلية العامة صناعة الأكياس الورقية أو صناعة البلاستيك والتعبئة وصناعة التجفيف للخضر والفواكه والتجميع للنجف وغير ذلك من المهن التى لا تستخدم فيها الآلات الحادة.

إن شعور المريض بأنه منتج ترفع من الروح المعنوية وخاصة إذا شارك فى عمليات تسويق المنتجات التى قام بإعدادها وإشراكه فى جماعات التسويق والجمعيات التعاونية المهنية وشعوره بحقوقه وواجباته قبل المجتمع والأسرة والذات.

إن الحالات التى تتعاون فيها الأسرة مع فريق التأهيل فى إكسابه المهارة الفنية ممكن أن تصبح صاحبة عمل وتديره ليكون له الحق فى التأمين الاجتماعى والصحى الذى يساعده على ضمان المستقبل الإدخارى.

*****



الفصل السادس

رعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية

إذا كان العالم قد شهد تطوراً هائلاً في مجال رعاية المعوقين وتأهيلهم فى النصف الثانى من القرن العشرين، فإن مصر لم تتخلف عن مواكبة ركب الحضارة فى وقت من الأوقات، بل إن التاريخ ليشهد أن مصر القديمة كانت أبر بأبنائها من سائر الحضارات، فقد كان المكفوفين على سبيل المثال يستخدمون فى شئون الدولة ودور العبادة. كما سبقت مصر الإسلامية العالم بإنشاء المستشفيات وبيت المال والمساجد والبيمارستانات التى خصصت لمساعدة أصحاب الحاجات الخاصة والملاجئ، وكان لنظام الوقف أثر هام فى رعاية المعوقين المرضى.

وفى العصر الحديث بدأت حركة الجمعيات الخيرية بإنشاء الجمعية الخيرية الإسلامية وجمعية التوفيق القبطية، وجمعية المواساة الإسلامية وكان هدفها الأساسى هو رعاية المرضى والمعوقين.

كما أنشئت الجمعية العامة لمكافحة التدرن، والجمعية العامة لتحسين الصحة، والجمعية المصرية لرعاية العميان، وجمعية يوم المستشفيات وغيرها كجمعيات تهدف إلى رعاية المعوقين وأسرهم ومكافحة المرضى والإعاقة.

وعندما صدر قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ أفرد بين نصوصه بابا لتأهيل المعوقين، ومع بداية ثورة يوليو ١٩٥٢ اهتمت الحكومة بإنشاء مؤسسات تأهيل المعوقين ورعايتهم.

ثم صدرت العديد من القوانين التى اختصت بعض موادها برعاية المعوقين وتوفير سبل الحماية لهم مثل القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩، والقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤، والقانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤، وأخيراً قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ الذى جمع شتات القوانين السابقة. ولا يفوتنا فى هذا المجال أن نذكر الاهتمام الرسمى والشعبى فى مصر الذى ظهر لرعاية المعوقين فى أعقاب انتصارات حرب أكتوبر

١٩٧٣، وما خلفته من معوقين ومشوهى الحرب، ولقد تبلور هذا الاهتمام فى إصدار أول قانون لرعاية المعوقين (القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥)، وإنشاء مدينة الوفاء والأمل لتأهيل المعوقين، وجمعية رعاية المحاربين القدماء، ومركز تأهيل المعوقين بالعجوزة، بالإضافة إلى عقد المؤتمرات وحلقات البحث التى تبحث مشكلاتهم وسبل رعايتهم.

ومع مطلع القرن الحادى والعشرين أصبح فى مصر أكثر من ٤٠٠ جمعية غير حكومية على مستوى الجمهورية تقدم خدماتها لرعاية المعوقين.

حجم المعوقين فى مصر:-

لقد قدرت هيئة الأمم المتحدة فى مؤتمراتها العلمية أن نسبة المعوقين فى العالم تمثل ١٠% من مجموع السكان، إذ يبلغ عدد المعوقين فى العالم مع مطلع القرن الحادى والعشرين حوالى ٧٠٠ مليون معوق منهم ٨٠% فى الدول النامية، معنى هذا أن ضمن تركيب مجتمعنا المصرى الآن يمكن تقدير عدد المعوقين بحوالى ٨ مليون مواطن باعتبار أن عدد السكان ٨٠ مليون، وإذا ما علمنا أن عدد من هم فى سن الطفولة يقدر بحوالى ٤٥% من مجموع سكان جمهورية مصر العربية يتضح أن من بينهم ٣ مليون طفل معوق تقريباً.

وتعتبر مشكلة نقص الإحصاءات الدقيقة عن المعوقين ليست مشكلة محلية فقط بل إنها مشكلة عالمية، إذ أن وجود البيانات السليمة يتوقف على:-

١- وجود وسائل دقيقة للتقييم، فليس العدد هو الوسيلة لذلك وإنما العدد المرتبط بوسائل تشخيص وتقييم، ووجود تعريفات دقيقة.

٢- الاتجاهات الاجتماعية السائدة نحو الإعاقة.

من ذلك يتضح أننا أمام مشكلة ينبغي أن تحشد لها الدولة كل طاقاتها في سبيل رعاية تلك الفئة، على أن يتم ذلك في ضوء سياسة واضحة المعالم ومحددة الأهداف.

ويتوقع الخبراء تنامى أعداد المعوقين نتيجة للعوامل التالية:-

١- التطور العلمى فى مجال الطب والجراحة مما يترتب عليه إنقاذ المرضى من الموت بسبب الحوادث والأمراض، ونسبة كبيرة منهم يتخلف لديها نوع من العجز البدنى أو العقلى.

٢- التطور التكنولوجي وازدياد حركة التصنيع والمواصلات مما يزيد من معدلات الحوادث.

٣- زيادة متوسط عمر الإنسان.

٤- ازدياد النمو الحضارى.

جهود الدولة فى رعاية المعوقين:

إن الاهتمام الرسمى للدولة برعاية وتأهيل المعوقين يتمشى جنبا إلى جنب مع الاهتمام الشعبى (الغير حكومى) فى هذا المجال، ولقد تضمنت مواد قانون تأهيل ورعاية المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ على ما يلى:-

١- إن التأهيل حق لكل معوق دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة بالموازنة العامة للدولة.

٢- على المنشآت الخاصة التى يعمل بها ٥٠ عامل فأكثر ضرورة تشغيل نسبة ٥% من المعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل المهنى.

٣- يخصص نسبة ٥% من وظائف المستوى الثالث بالحكومة والقطاع العام للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل المهنى.

٤- تعفى من جميع أنواع الضرائب والرسوم الأجهزة التعويضية والمساعدة ووسائل النقل اللازمة لاستخدام المعوق وتأهيله.

كما أصدرت الدولة قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ الذى أضاف العديد من المزايا لرعاية الطفولة المعوقة.

وإلى جانب ذلك تتضافر جهود عدة وزارات وهيئات للعناية بتربية وتأهيل الأطفال المعوقين منها:-

١- وزارة التربية والتعليم وهى تهتم بتعليم ثلاث فئات من الأطفال المعوقين بإعاقات مفردة (الإعاقات السمعية والبصرية والعقلية).

أ- مدارس وفصول النور (للمكفوفين).

ب- مدارس وفصول المحافظة على البصر (لضعاف البصر).

ج- مدارس وفصول الأمل (للصم والبكم).

د- مدارس وفصول ضعاف السمع.

هـ- مدارس وفصول التربية الفكرية (للمتخلفين عقلياً).

وتتولى الوزارة مسئولية فتح المدارس والإنفاق عليها وتعيين المعلمين لها، وتقدم الرعاية للأطفال وهى تتناول الأعفاء من كافة الرسوم المدرسية. والإقامة الداخلية المجانية، وتتبع نمو التلاميذ، وتقديم الخدمات الملائمة لهم.

٢- وزارة الشئون الاجتماعية ويتبعها المركز النموذجى لرعاية المكفوفين، والجمعية المصرية لرعاية الصم وضعاف السمع، وجمعية التنمية الفكرية، بجانب الإشراف على الجمعيات الأهلية المشهرة مثل جمعية الوفاء والأمل، وجمعية النور والأمل وغيرها.

٣- وزارة الصحة وهى تهتم برعاية المعوقين من النواحى الصحية العلاجية والوقائية وتعينهم على تركيب البدائل الصناعية، وتساهم مع

وزارة الصناعة على تصنيع واستيراد وتطوير الأجهزة التعويضية اللازمة لبعض فئات المعوقين.

وبالرغم من هذه الجهود إلا أن هناك الكثير من المشكلات والعقبات التى تواجه عملية تعليم وتأهيل المعوقين من أهمها:-

أ- التوزيع غير العادل لمدارس المعوقين على محافظات الجمهورية.

ب- قلة الجهود الخاصة بدمج المعوقين مع أقرانهم العاديين.

ج- نقص المبانى والتجهيزات المدرسية الملائمة.

د- النقص الحاد فى الوسائل التعليمية المناسبة.

ه- عدم توفر المرونة والملائمة فى البرامج التعليمية المقدمة للتلاميذ بما يتناسب مع إمكاناتهم.

و- ضعف إعداد المعلم المناسب للعمل مع المعوقين مع قلة عددهم.

ز- قلة مراكز الإنتاج المهنى للمعوقين.

ح- ضعف فرص العمل للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل المهنى بالحكومة والقطاع العام.

أولاً : نحو سياسة قومية للحد من الإعاقة فى مصر :

من المعروف أن الوقاية خير من العلاج، والاهتمام بالحد من الإصابة بالإعاقة يتطلب وضع سياسة قومية تشارك فيها العديد من الهيئات والأفراد من أجل العمل على إزالة العوامل التى تسبب القصور أو الخلل عند الفرد من خلال إجراءات صحية واجتماعية وتشريعية وتعليمية وتثقيفية.

والسياسة هى كافة المبادئ الموجهة للوسائل والغايات بقصد تحقيق أهداف المجتمع، وتتضمن كافة الوسائل التى تمكن من إحداث تغيير موجه، كما تعرف بأنها القواعد والاتجاهات العامة المستمدة من فلسفة الإصلاح فى المجتمع والتى يجب مراعاتها عند اختيار ميادين العمل والفئات والمشكلات، وكذلك أسلوب العمل نفسه. أو أنها محصلة التفكير المنظم الذى يوجه

الخطط والبرامج الاجتماعية فهى تنبع من أيديولوجية المجتمع لتعبّر عن أهدافه البعيدة وتوضح مجالات البرامج أو التخفيف من المضاعفات الناتجة عن المشروعات وتحدد الاتجاهات العامة لتنظيمها وأدائها.

كما تعرف بأنها إطار من التقديرات المستقبلية يمكن ترجمتها إلى خطط فى ضوء ضوابط الاستراتيجية. والسياسة القومية للحد من الإعاقة تعنى القواعد والاتجاهات العامة التى تنتج كمحصلة لتفاعل القوى الاجتماعية فى المجتمع لتحقيق أهداف ترتبط بالحد من الإعاقة متضمنة مجالات وأسلوب العمل لتحقيق الأهداف المبتغاة فى ضوء إيديولوجية المجتمع على أساس من الواقع المتاح وصولاً إلى معدل مرغوب فيه من الرفاهية لأفراد المجتمع.

ويلاحظ أن هناك ارتباطاً بين المفاهيم السابقة حيث أن :

- الإصابة فقدان مستمر أو مؤقت فى جانب الشخصية، العجز هو قصور فى أداء أى نشاط نتيجة الإصابة وأن العجز قد يتحول إلى إعاقة عندما يسبب عدم القدرة على أداء وظيفة معينة فى أى مرحلة من مراحل العمر.
- إن السياسة القومية هى قواعد واتجاهات للحد من العوامل المسببة للإعاقة أو التخفيف من المضاعفات الناتجة عن حدوث العوامل المؤدية للقصور الوظيفى.

ثانياً : أسباب وأهمية وضع سياسة قومية للحد من الإعاقة :

هناك عوامل تجعل وضع سياسة قومية للحد من الإعاقة ضرورة، وتلك العوامل هى:

١- أن السياسة الوقائية هى النقطة الإيجابية فى أى سياسة اجتماعية فالوقاية أقل تكلفة من العلاج كما أن الإجراءات الوقائية تحد من الإصابة والعجز والعاهات فإذا أصيب الفرد يجب تطبيق البرامج

التى تحول دون تطور هذه الإصابة بحيث تصبح عاهة أو عجــزاً، كما يجب التخفيف من آثار العجز أو الإعاقة بتغيير بعض الظروف الاجتماعية أو الواقع الاجتماعى الذى يحول دون ذلك.

٢- ما أوصت به المؤتمرات المحلية لاتحاد هيئـــات الفئـــات الخاصـــة والمجلس القومى للأمومة والطفولة لإدماج المعوقين فى الحياة العامة أو المؤتمرات الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية والمجلـــس العربـــى للطفولة والتنمية وهيئات جامعة الدول العربية مـــن تـــشجيع اتخـــاذ التدابير الفعالة للوقاية من الإعاقة.

٣- ما أوضحته اتفاقية الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٦/ ٢٠٠٧ لحمايـــة ذوى الاحتياجات الخاصة بأنه يجب أن تضع كل دولة خطة قومية شاملة لمنع الإعاقة بحيث تشمل جميع قطاعات الحياة القومية وان يـــدرج منع الإعاقة والتأهيل فى السياسات الاجتماعية والاقتصادية وخطـــط التنمية كجزء لا يتجزء منها وأن يتمتع بأولوية عالية.

٤- أن الخدمات المرتبطة بالحد من الإعاقة تشكل استثماراً بـــشرياً قـــد تفوق الكثير من البرامج العلاجية فإذا ما امكن الحد من الإعاقة فإن ذلك يعنى:

أ- توفير فى الجهد الإنسانى اللازم لرعايـــة المعـــوقين وتـــأهيلهم وتوجيه ذلك الجهد فى مجالات أخرى مثمرة للمجتمع والتنمية.

ب- توفيراً فى التكاليف المادية المترتبة على تقديم خدمات التربيـــة والرعاية والتأهيل والعلاج اللازم للمعوقين خاصة فى الـــدول النامية التى تكون مواردها محدودة فى حاجة إلى توجيهها إلى تنمية المجتمع وبنائه.

ج- منع الضرر عن فئة من أفراد المجتمع والإسهام فى إزالة ما قد يمنع بعضها من الإسهام فى عملية البناء والتنميـــة والـــضرر

المقصود هنا ليس متعلقاً بالأفراد المعرضين للإعاقة فقط بل يشمل المجتمع أيضاً.

د- التخفيف من المعاناة الإنسانية وتحقيق درجة أفضل من الرعاية الاجتماعية.

ه- إن وضع السياسة يساعد على توضيح مجالات العمل والأهداف البعيدة ووسائل تحقيق تلك الأهداف وتحديد الجهاز المسئول عن تنفيذها، كما تساعد على تحقيق أمثل استثمار ممكن للإمكانيات والموارد البشرية والمادية والتنظيمية المتاحة في المجتمع.

ثالثاً: أهداف السياسة المقترحة:

يمكن إجمال الأهداف الاستراتيجية التى تهدف السياسة المقترحة لتحقيقها فى الأهداف التالية:

الهدف الأول: توفير البرامج الوقائية لإزالة مسببات الإعاقات المختلفة والتقليل من حجمها بقدر الإمكان.

الهدف الثانى: التدخل للكشف المبكر عن حالات القصور الوظيفى أو الإعاقة حتى لا تتطور إلى حالة مزمنة من حالات الإعاقة.

الهدف الثالث: تحديد دور الجهات المعنية بالحد من الإعاقة وإيجاد صيغة من التنسيق بين خدماتها.

رابعاً: وسائل تحقيق الأهداف المقترحة:

لابد أن تتحول السياسة المقترحة إلى برامج ومشروعات قابلة للتنفيذ لإحداث التغييرات المطلوبة وترتبط تلك البرامج بكل هدف من الأهداف الاستراتيجية المقترحة وفيما يلى الأساليب المقترحة لتحقيق الأهداف:

١- توفير البرامج الوقائية لإزالة مسببات الإعاقات المختلفة والتقليل من حجمها قدر الإمكان، ولتحقيق ذلك يوصى الباحث باتخاذ الإجراءات التالية:

أ- **الإرشاد الزواجي:** وذلك لتوجيه الراغبين فى الزواج إلى ما لديهم من عيوب وراثية أو أمراض الدم حيث أن العيوب الوراثية تعتبر عاملاً هاماً فى التخلف العقلى والصمم وكثير من الحالات الخلقية الأخرى وذلك من خلال مكاتب فحص الراغبين فـى الـزواج. والتقليل من الزواج المغلق فى إطار الأسرة خاصة وأنه مع تلك الزيجات تحدث حالات الإعاقة فى تلك الأسر.

ب- **العمل على اتخاذ إجراءات الوقاية من الحوادث:** سواء أكانـت حوادث المنزل أو الطريق (حوادث المرور) أو حوادث العمل، الحروب، وذلك من خلال توفير حد أدنى من التعلـيم للأسـر باعتبارها المسئولة عن التنشأة الاجتماعية للطفل ووقايته مـن الحوادث إلى جانب الاهتمام بخدمات الأمن الصناعى التى تقى العامل من أخطار الصناعة وحوادث العمل والأمراض المهنية وتوفير الوسائل الطبية والرعاية الصحية وتنمية ونشر الوعى الثقافى والصناعى بين العمل بعقـد دورات خاصـة بـالأمن الصناعى ووضع لوحات تحذير فـى مواقـع الخطـر. هـذا بالإضافة إلى الاهتمام بالطرق وإرشادات المرور بما يقلل من الحوادث بأنواعها.

ج- **الاهتمام بالأم أثناء الحمل:** فكثير من الأمراض التى تـصاب بها الأم أثناء الحمل تؤثر على صحة الجنين وذلك من خـلال مراكز رعاية الأمومة وخاصة إن سوء التغذية يؤدى إلى ولادة طفل مبتسر معرض لتشوهات وأمراض وراثية كما أن الطفل

قد يتأثر ببعض العقاقير التى تأخذها الأم للعلاج فالرعاية الطبية للأم أثناء الحمل والولادة واتخاذ ما يلزم من إجراءات لإنقاذ الطفل من هذه الإصابات له اثر بالغ فى سلامة الطفل حتى ينشأ كامل الصحة وغير معوق.

د- **التحصين ضد أمراض الطفولة:** كثير من الأطفال يتعرضون لأمراض مختلفة وخاصة الأمراض الوراثية التى قد تؤدى إلى إعاقتهم مستقبلاً ولذا فيجب أن تجهز مراكز رعاية الطفل بمعدات الكشف والفحص الحديثة التى ترعى الطفل لتحصينه ضد الأمراض المعدية أثناء هذه الفترة بما يحميهم من مضاعفاتها الخطيرة تجنباً للإعاقة والتطعيم والتحصين ضد الأمراض (كالحصبة وشلل الأطفال والسعال الديكى، السل).

هـ- **العناية بصحة البيئة:** من جميع النواحى بما فيها الجوانب الاجتماعية وتلوث البيئة ومعالجة مصادر التلوث وترشيد الاستخدام لبعض المواد السامة كالمبيدات وإنشاء جهاز لحماية البيئة بكل محافظة يتبع المحافظ مباشرة والاهتمام بوسائل الحماية من التلوث سواء البيئة المائية كالهواء، الحماية من الضوضاء إلى جانب إكساب المواطنين السلوك البيئى الذى يجعلهم يحافظون على البيئة ويحافظون عليها من أخطار التلوث.

و- **تحسين الأوضاع الغذائية:** خاصة بالنسبة للأطفال لتجنب نقص أو سوء التغذية وخاصة بالنسبة للبروتين والكالسيوم والفيتامينات ودعم برامج ونظم الرقابة الغذائية وخاصة بالنسبة لأغذية الأطفال المستوردة وإصدار التشريعات والمواصفات وإعداد المختبرات لإحكام الرقابة.

ز- **التوعية بمسببات الإعاقة:** خاصة وأن كثيراً من الإعاقات المرتبطة بسوء التغذية أو الحوادث أو صحة البيئة تنتج عن عدم علم بمسبباتها نظراً لانخفاض المستوى التعليمى والثقافى وهذا يحتم استخدام وسائل الإعلام المختلفة والقيام ببرنامج إعلامى على المستويين القومى والمحلى حول الأسباب الرئيسية للإعاقة وآثارها على الناس وسبل منعها والحد منها.

ح- **الوقاية من إصابات العمل وأمراض المهنة:** وذلك من خلال تحسين أساليب حماية القوى العاملة فى المصانع لتخفيض الحوادث، إلى جانب توفير أدوات الوقاية والأمن الصناعى وتوفير الشروط الصحية والطبية وتوعية العاملين بالأمن الصناعى واكتشاف الظروف الطبيعية غير المأمونة والموجودة فى مكان العمل وتحديد مقتضيات العمل المأمونة.

ط- **الاهتمام بالتثقيف الصحى:** وله أهدافه وهى:

- تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسمياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً وذلك بالاهتمام بالغذاء والمسكن والرياضة.
- الأخذ بأسباب الوقاية من الأمراض والحوادث وذلك بمساعدة الأفراد على فهم الممارسات والعادات اللازمة تجنباً لحدوث الإعاقات.

٢- التدخل للكشف المبكر عن حالات القصور الوظيفى أو الإعاقة حتى لا تتطور الحالة إلى حالة مزمنة من حالات الإعاقة.

بعد الإجراءات الوقائية للحد من الإعاقة أو منع حدوثها يأتى تحقيق الهدف الثانى للسياسة المقترحة حيث يتعين البدء فى اتخاذ الإجراءات اللازمة لتقليل المحددات الوظيفية الناتجة عن الإصابة ذلك إن الاكتشاف المبكر لحالة الإعاقة والإعاقة المحتملة يعتبر مرحلة أساسية ذات أهمية قصوى يتوقف على إنجازها مبكراً بقدر الإمكان مدى نجاح كافة المراحل التالية من برامج التأهيل.

ويوصى الكاتب أن يتم ذلك من خلال الأساليب التالية:

أ- الكشف المبكر عن وجود حالات النقص أو الإصابة أو المرض أو القصور فى أحد الوظائف أو الأجهزة خاصة بين الأطفال وحالات الاضطرابات النفسية والعقلية وعلاج الحالات المسببة لصعوبات النظر والكلام.

ب-إجراء الفحوص الطبية الشاملة على الأطفال لتشخيص نواحى النقص أو القصور فى النمو وتحويل الحالات التى تحتاج إلى إجراءات علاجية سريعة إلى الجهات الطبية والنفسية والاجتماعية فى الوقت المناسب.

ج- توعية الأسرة نحو التعرف على العجز فى مراحله الأولى خاصة بين الأطفال حديثى الولادة وصغار السن مما يمكننا من التدخل المبكر وتجنب تفاقم آثار العجز.

د- التدخل المبكر لخدمات التأهيل : حيث يجب أن يبدأ التأهيل منذ بداية اكتشاف العجز وبذلك يمكن تجنب عدد من المشكلات وتفاقم الحالة وتتحول إلى حالة مزمنة من حالات الإعاقة.

هـ- القيام بالفحوص التشخيصية : فى مرحلة الطفولة المبكرة والتعرف على أى نقص أو تشوه أو خلل خلقى والكشف عن حالات الخلل فى التمثيل الغذائى فى سن مبكرة من مرحلة الطفولة.

وكذلك الفحوص التشخيصية للأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة والتى تصنف إلى أربعة فئات هى:-

- النمو الحركى الوظيفى العام.
- البصر والاستخدام الدقيق للعين.
- السمع والكلام.
- المهارات والاستجابات الاجتماعية.

وهى جميعاً فحوص أساسية ترتبط بتقييم النمو الطبيعى للطفل والبدء فيما يتطلبه نتائج الكشف عن نقص حالات القصور من إجراءات علاجية تأهيلية.

و- توفير الخدمات الطبية بأنواعها فى المناطق المختلفة خاصة القريبة من الأماكن المحتمل حدوث إصابات فيها مما يساعد على الإقلال من أثر المرض أو الإصابة فى حالة علاجها فور وقوعها وترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية التى تقدمها الدولة.

ز- الاهتمام بالصحة المدرسية : خاصة فيما يتعلق بحصر واكتشاف الإعاقات مبكراً حتى يمكن مواجهتها فى مراحلها الأولى من خلال إعداد البطاقة الصحية لكل طالب وتنظيم سجلات للفحص الطبى الدورى والتبليغ عن أى حالات تظهر.

ح- التبليغ عن الأمراض المعدية : فى حالة حدوثها لحصر الأوبئة فى أضيق نطاق فتقل فرصة انتشار تلك الأمراض.

ط- تحديد دور الجهات المعينة بالحد من الإعاقة وإيجاد صيغة من التنسيق بين خدماتها لتحقيق الحد من الإعاقة.

خامساً: الدراسات اللازمة حتى توضع السياسة المقترحة موضع التنفيذ:

يمكن أن نحدد بعض الدراسات اللازمة حتى توضع السياسة المقترحة موضع التنفيذ وهى:

أ- دراسة وتحليل الخدمات الوقائية القائمة فى المجتمع لمعرفة جوانب القصور فيها ومحاولة استكمال هذه الجوانب وتدعيم الجوانب الإيجابية من تلك الخدمات.

ب- دراسة احتياجات الفئات المختلفة من المواطنين للخدمات الصحية والتعليمية والثقافية والاجتماعية التى تحد من الإعاقة.

ج- دراسة لتحديد الدور الذى تقوم به كل وزارة من الوزارات المعنية بالإنتاج والخدمات فى المجتمع وكيفية تكامل تلك الأدوار لتحقيق السياسة المقترحة.

د- دراسات للتعرف على العوامل المسببة للإعاقة عن طريق الدراسة الميدانية والبحوث الطبية والاجتماعية والنفسية وربطها بنتائج الدراسات الإحصائية التى تحدد حجم مشكلة الإعاقة فى المجتمع وتوزيع فئات المعاقين ودرجات الإعاقة فى الأعمار والجنس والتوزيع الجغرافى.

ه- دراسات لكيفية ومتطلبات إعداد الكوادر الفنية والإدارية اللازمة لتنفيذ تلك السياسة سواء ارتبط ذلك بالمعارف أو الخبرات أو المهارات التى تفيد فى الاكتشاف المبكر للإعاقة أو الحد منها.

و- دراسات لحالة العمال الاجتماعية والنفسية والتى تؤدى إلى زيادة معدل إصابات العمل.

سادساً : مجالات العمل وقطاعات النشاط التى تتضمنها السياسة المقترحة :

يمكن النظر إلى مجالات السياسة المقترحة طبقاً لما يلى :

١- **استراتيجياً**: يجب أن تتضمن مجالات العمل إلى جانب المجال الوقائى والمجال الإنمائى والعلاجى على اعتبار أن كلها جوانب متكاملة ومتفاعلة.

٢- **جغرافياً**: يجب أن تمتد مجالات العمل لكل المواقع التى يعيش فيها الإنسان (ريفى - حضرى - صحراوى - مستحدث) وأن توزع طبقاً لدرجة الحاجة.

٣- **فئوياً**: يجب أن تشمل مجالات العمل الطفولة، الشباب، المسنين المعرضين للإعاقة.

٤- **تكاملياً**: يجب أن يكون هناك تكامل بين الأجهزة المختصة كل فى مجال تخصصها حتى تتحقق الأهداف متكاملة.

سابعاً : عوامل نجاح السياسة المقترحة وتوصيات عامة :

حتى يمكن للسياسة المقترحة أن تحقق أهدافها فإن هناك توصيات عامة تعتبر عوامل لنجاح تلك السياسة يمكن توضيحها فى التوصيات التالية:

١- أن اختصاصات المجلس الأعلى لتأهيل المعوقين الصادر طبقاً للمادة (٤) من القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ إلى جانب اختصاصه بدراسة وإعداد السياسة بجمهورية مصر العربية وتنسيق البرامج الخاصة برعاية وتأهيل المعوقين اختصاص يتعلق بدوره فى تنسيق الجهود الرامية للحد من الإعاقة حتى تكتمل أوجه الرعاية الوقائية والعلاجية والإنمائية.

٢- أن تتوسع الوزارات المعينة كل من خلال المؤسسات التالية لها على المستوى القومى والمحلى فى إنشاء المراكز الطبية المتخصصة فى

الاكتشاف المبكر للإعاقات المختلفة ونشر البرامج لتوعية الأسرة كى تضطلع بمسئوليتها حيال أبنائها بالإسراع فى الاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة وتقبل الواقع والتحرك السريع نحو الاستفادة من مصادر الخدمات التأهيلية الشاملة فى بداية الأمر حتى لا تتطور الحالة إلى حالة مزمنة من حالات الإعاقة.

٣- أن يقوم اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بالاشتراك مع الوزارات المعنية بالمعوقين بإعداد دليل بالهيئات التى تعنى باكتشاف حالات الإعاقة ودور كل منها وشروط الاستفادة من خدماتها، على أن يتبع ذلك بتنظيم برنامج شامل ومستمر على المستويات المختلفة للتوعية بأهمية الوقاية من الإعاقات الجسمية والحسية والعقلية من ناحية وأثر الأمراض من ناحية أخرى وأساليب العناية بها تحصيناً وعلاجاً على وجه مبكر دون تأخير.

٤- أن تتعاون الوزارات لإعداد المقبلين على الزواج للحياة الزوجية عن طريق المؤسسات المعنية بالأسرة والطفولة الأهلية منها والحكومية متضمناً جوانب المشكلات التى يتعرض لها الأطفال ومراحل النمو والمعوقات الحسية والجسمية والعقلية التى قد يتعرضون لها ومظاهر تلك الإعاقات وإمكانية الوقاية للحد من تلك الإعاقات بالاستفادة من الخدمات الوقائية وبالتالى يمكن عمل مظلة وقائية تشمل جميع المواطنين.

٥- إلزام الجهات المعنية بالأمن الصناعى، التحصين ضد الأمراض، ورعاية الأمومة والطفولة والمرور بوضع التدابير الوقائية والإعلامية وزيادة العقوبات لمخالفيها للوقاية من الأمراض والحوادث.

٦- العمل على تشجيع ومساندة الأساليب والوسائل الفعالة للوقاية من تعويق الأطفال عن طريق الاهتمام المتزايد والمستمر. بالبرامج الصحية والغذائية والتربوية والاجتماعية للأطفال للحيلولة دون إصابتهم بالإعاقة. ويتم ذلك من خلال برامج الإذاعة والتليفزيون ووسائل الإعلام.

٧- أن تتكاتف الجهود الحكومية والأهلية فى الدعوة لمنع التلوث بكافة أبعاده والتنبيه إلى آثاره الضارة والتبصير بوسائل الوقاية منه أو تجنب الكم الأكبر من أضراره إلى جانب إرشادات لتجنب إصابات العمل وحوادث المرور وإقامة مراكز إسعاف على مسافات غير متباعدة على الطرق السريعة يمكن الاتصال بها تليفونياً للمبادرة بإسعاف المصابين فى الوقت المناسب.

٨- ضرورة حشد الإمكانيات التى تمكن من استخدام التكنولوجيا الحديثة والمقاييس العلمية فى الكشف عن الأمراض فى مراحلها الأولى وذلك للبدء فى العلاج المبكر حتى تقل مضاعفات المرض وبالتالى يقل عدد المصابين بالمضاعفات والإعاقات التى قد تحدثها الأمراض.

٩- تزويد المصانع والمدارس والأندية الرياضية وأماكن التجمعات بسيارات إسعاف لسرعة نقل المصابين إلى المستشفيات إذا استدعى الأمر لتحقيق الإسعاف السريع عقب الإصابة مباشرة دون ضياع الوقت وابتداء العلاج الأمثل منذ اللحظة الأولى مما يتيح فرصة الشفاء الكامل والسريع ويجنب المصاب كثيراً من المضاعفات التى تنشأ عن التأخير فى بدء العلاج.

١٠- يجب تطبيق مبدأ مركزية التخطيط بالنسبة لخدمات الحد من الإعاقة ومبدأ لا مركزية التنفيذ بحيث يعهد إلى الجهات المعنية

وسلطات الحكم المحلى على المستويات المحلية بتنفيذ الخطط التى تحقق السياسة المقترحة بحيث تكون تلك الخطط ضمن الخطة القومية للتنمية وجزء لا يتجزأ منها.

١١- الاهتمام بالبحوث العلمية فى النواحى المتعلقة بمزايا التدابير الوقائية وأساليب الاكتشاف المبكر للإعاقات وعلاقتها بالوقاية من خلال الهيئات المتخصصة كالجامعات وهيئات التأهيل ومراكز البحث العلمى المعترف بها حتى يمكن وضع الخطط لتنفيذ تلك التدابير الوقائية والأساليب المتعددة للاكتشاف المبكر للإعاقات على أسس علمية.

١٢- تدريب القوى البشرية المتعددة التخصصات (طبيب - أخصائى اجتماعى - مدرس - موجه نفسى، أخصائى تدريب مهنى ... إلخ) من خلال حسن اختيارهم وتدريبهم فى معاهد متخصصة بصفة مستمرة للوقوف على كل جديد من نظريات واتجاهات تتعلق بعملهم حتى تضمن أن تؤدى الخدمة الخاصة بالرعاية المتكاملة وقاية وعلاجاً على أسس سليمة.

١٣- ضرورة استمرار العلاقة والصلة بين الفنيين فى التخصصات المختلفة والمتطوعين لمزيد من تبادل الفكر وتعميق المفاهيم للحد من الإعاقة لأن العزلة بين الجانبين لا تفيد وتعتبر من معوقات العمل التكاملى.

*****



الفصل السابع

رعاية المعوقين فى المملكة العربية السعودية

إن خدمات تأهيل المعوقين ورعايتهم فى المملكة – شأنها فى ذلك شأن أى برنامج تنموى فى كافة قطاعات الدولة – نالت اهتماماً كبيراً من لدن خادم الحرمين الشريفين – يحفظه الله – وحكومته الرشيدة، فقد شهدت السنوات العشرون الماضية توسعاً رأسياً وأفقياً كبيراً فى هذا المجال، حيث قفزت أعداد مراكز تأهيل المعوقين من اثنين فقط قبل عام ١٤٠٢هـ لتصل إلى ستة وعشرين مركزاً للتأهيل ومؤسستين لرعاية الأطفال المشلولين، يقدم من خلالها لهذه الفئة كل أنواع الرعاية والعناية والتأهيل.

ويندرج هذا على الإعانات التى تضاعفت فى سنوات الخير والنماء إلى أرقام تجل عن الحصر، علاوة على أن رعاية المعوقين وتأهيلهم التى تعنى بها الإدارة العامة للتأهيل فى الوكالة أخذت منذ عام ١٤١٠هـ منحى جديدا حيث استحدثت الرعاية النهارية لتكون أحد الأطر التى تقدم من خلالها الرعاية النهارية تبعها فى ذلك إشراك القطاع الخاص فى تقديم هذه الخدمة لفئة المعوقين حيث بدأ فى أواخر العقد الثانى من هذا العهد الزاهر منح التراخيص لمراكز الرعاية النهارية الأهلية للمعوقين ليبلغ عدد المراكز التى تم تراخيص حتى نهاية هذين العقدين المضيئين ١٦ مركزاً أهلياً.

الإدارة العامة للتأهيل:

هى إحدى الإدارات العامة بوكالة الوزارة للشئون الاجتماعية وتعنى بالتخطيط والإشراف والمتابعة لجميع ما يقدم للمعوقين من خدمات من قبل وزارة العمل والشئون الاجتماعية.

والتأهيل :- كما عرفه نظام رعاية المعوقين الصادر بالمرسوم الملكى رقم (م/٣٧ (وتاريخ ١٤٢١/٩/٢٣هـ عملية منسقة لتوظيف الخدمات الطبية، والاجتماعية، والنفسية، والتربوية، والمهنية؛ لمساعدة المعوق فى تحقيق أقصى درجة ممكنة من الفاعلية الوظيفية، بهدف تمكينه من التوافق

مع متطلبات بيئته الطبيعية والاجتماعية، وكذلك تنمية قدراته للاعتماد على نفسه وجعله عضواً منتجاً فى المجتمع ما أمكن ذلك.

أهداف الإدارة العامة للتأهيل:

تهدف الإدارة العامة للتأهيل إلى توفير الخدمات التأهيلية والاجتماعية المتكاملة لجميع فئات المعوقين سواء كانت إعاقاتهم ذهنية أو حسية أو حركية على اختلاف درجاتها بسيطة أو متوسطة أو شديدة، وتتفاوت هذه الخدمات بتفاوت أنواع الإعاقات ودرجة شدتها ما بين إيوائية وتأهيلية علاجية أو مهنية وذلك وفقاً لأحدث الأساليب المعاصرة، مع إقرار إعانة مادية سنوية تتناسب مع درجة الإعاقة لمن لا تنطبق عليهم شروط الإيواء أو من يتعذر إيواؤهم أو أولئك الذين ترغب الأسر فى رعايتهم.

من مهام الإدارة العامة للتأهيل:

تتولى الإدارة العامة للتأهيل عدداً من المهام لتحقيق أهدافها من أهمها:

١- اقتراح الخطط والبرامج والنشاطات الخاصة بمراكز رعاية المعوقين وتأهيلهم بالتنسيق مع الإدارات المختصة.

٢- التأكد من تقديم الخدمات المطلوبة للمعوقين وتقويمها.

٣- وضع قواعد تأهيل المعوقين وأسسه وإجراءاته.

٤- العمل من أجل تشجيع مبدأ التعاون بين أسرة المعوق ومراكز التأهيل.

٥- دراسة الإعانات الخاصة بأسر المعوقين وإقرارها وفقاً للوائح والأنظمة.

٦- تزويد مراكز التأهيل بخطط خدمات المعوقين وبرامجها وقواعد العمل بها وإجراءاته.

٧- التنسيق بين الأجهزة الصحية فى الدولة لتأمين الرعاية الصحية الكاملة للمعوقين وفقاً لاحتياجات كل منهم.

٨- التنسيق مع وزارة الخدمة المدنية ومكاتب العمل ومكاتب التوظيف الخاصة لإيجاد فرص العمل للمؤهلين مهنياً من المعوقين.

٩- تلقى تقارير مكاتب الشؤون الاجتماعية ومكاتب الإشراف ومراكز التأهيل الخاصة بالمعوقين والعمل من أجل تحقيق مقترحاتها.

١٠- تبنى المقترحات الخاصة بتطوير خدمات المعوقين وبرامج تأهيلهم.

١١- الإشراف على الإدارات والأقسام والمراكز التابعة لها والعمل من أجل التنسيق فيما بينها ضماناً لتحقيق الأهداف.

الإدارات التابعة للإدارة العامة للتأهيل:

يتبع الإدارة العامة للتأهيل ثلاث إدارات هى:

إدارة التأهيل الاجتماعى وإدارة التأهيل المهنى وإدارة التأهيل الأهلى.

أولاً: إدارة التأهيل الاجتماعى:

وتختص بكافة الإجراءات الإدارية والفنية المتعلقة بالمستفيدين من الخدمات الإيوائية فى المراكز والمؤسسات التأهيلية وطلبات المعوقين الراغبين فى الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية وبرامجها أو المساعدات المالية.

ثانياً: إدارة التأهيل المهنى:

وتختص بمتابعة الإجراءات المتعلقة بتعليم المشلولين والتأهيل المهنى للمعوقين (جسمياً أو حسياً أو عقلياً) على أنسب المهن لقدراتهم المتبقية بعد العوق والعجز وتوظيفهم، وذلك لتحقيق الأهداف الإنسانية الإجتماعية

والإقتصادية وتحويلهم إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل والتكيف في المجتمع تكيفاً إجتماعياً ونفسياً سليماً يتيح لهم الإندماج والمشاركة وتأكيد الذات في محيطهم الأسرى والإجتماعي بتدريب المعوقين الصالحين لذلك ومتابعة تدريبهم سواء داخل المراكز أو خارجها.

ثالثاً: إدارة التأهيل الأهلي:

وتختص بدراسة ما يتعلق بمراكز الرعاية النهارية والمنزلية أو مراكز التأهيل التي يتم إنشاؤها أو الإشراف عليها من قبل القطاع الخاص سواء كان هذا القطاع منشأة فردية أو جمعية خيرية أو لجنة أهلية.

كما تعني إدارة التأهيل الأهلي بإصدار التراخيص اللازمة لإنشاء مراكز التأهيل الأهلية سواء كانت مراكز رعاية نهارية أو مراكز إيوائية وتتولى الإشراف عليها متابعتها والاطلاع على برامجها وأنشطتها ومستوى ما تقدمه من خدمات.

مراكز التأهيل الاجتماعي لشديدي الإعاقة:

تختص هذه المراكز بإيواء حالات المعوقين من فئات شديدي الإعاقة غير القابلين للتأهيل المهني نتيجة شدة الإعاقة أو ازدواجية الإعاقات. وعدد مراكز التأهيل الاجتماعي في المملكة ثلاثة مراكز.

الفئات التي تقبل في مراكز التأهيل الاجتماعي على سبيل المثال لا الحصر:

١- الإعاقات الجسمية الشديدة كالبتر المزدوج الشديد والشلل الرباعي أو الدماغي أو ضمور الأطراف.

٢- ازدواجية الإعاقة مثل التخلف العقلي مع كف البصر أو التخلف العقلي مع الصمم والبكم أو الشلل مع كف البصر وغيرها من الإعاقات المزدوجة.

٣- التخلف العقلي المتوسط أو الشديد.

٤- أى من الحالات غير الصالحة للتعليم الخاص أو التأهيل المهنى.

الخدمات التى تقدم فى مراكز التأهيل الاجتماعى :

١- الإيواء الكامل الذى يتضمن المسكن والمأكل والملبس.

٢- الرعاية الصحية الكاملة العلاجية والوقائية، وتوفير العلاج الطبيعى المتكامل والتعاون مع المستشفيات المتخصصة فى إجراء الفحوص الدقيقة والشاملة وإجراء العمليات المطلوبة.

٣- الرعاية النفسية.

٤- الترويح وشغل أوقات الفراغ.

٥- العلاج بالعمل.

٦- العلاج الوظيفى.

٧- جميع ما يحتاجه المعوق من خدمات وعناية خاصة.

مراكز التأهيل المهنى :

وتختص بتأهيل المعوقين جسمياً أو حسياً أو عقلياً على المهن المناسبة لقدراتهم وتحويلهم من طاقات بشرية معطلة إلى أفراد منتجين قادرين على التفاعل مع إخوانهم من بقية أفراد المجتمع وذلك بتدريبهم على أى مهنة مناسبة. ويمكن التدريب بالمجتمع الخارجى وفقاً لبرامج وخطة تدريب مشتركة بين المراكز وجهات التدريب وذلك على المهن التى لا تتوفر بالمراكز. وكذلك دراسة طلب صرف المكافآت المستحقة للمتدربين والجهات التى تتولى الإشراف على تدريبهم وتأمين مستلزمات التدريب. ويوجد ثلاثة مراكز للتأهيل المهنى فى المملكة. وتشتمل مراكز التأهيل المهنى الخاصة بالذكور والخاصة بالإناث على عدد من الأقسام والوحدات التى يتم فيها التدريب على المهن المناسبة للمعوقين منها : الكهرباء، والتجليد، والنجارة، والأعمال المكتبية، والآلة الكاتبة، والحاسب الآلى، والسكرتارية، والدهان،

والنقش، والزخرفة، وتنسيق الحدائق، والخياطة، والتفصيل، والأشغال النسوية، وأعمال السنترال .. وغيرها. ويتم التدريب على هذه المهن في القسمين الرجالي والنسائي كل بحسب ما يناسبه وما يختاره.

الفئات التي تقبل في مراكز التأهيل المهني على سبيل المثال لا الحصر:

١- فئة المعوقين جسمياً مثل المصابين ببتر في الأطراف العليا أو السفلى والمشلولين ومرضى القلب.

٢- فئة الصم والبكم وفئة الصم وفئة البكم وفئة ضعاف السمع.

٣- فئة المكفوفين وضعاف البصر.

٤- فئة ناقهي الدرن.

٥- فئة المعوقين عقلياً : التخلف العقلي البسيط والحالات المتحسنة من المصابين بالأمراض العقلية.

الخدمات التي تقدم في مراكز التأهيل المهني:

١- التدريب المهني على مختلف المهن داخل المركز.

٢- التدريب المهني خارج المركز على المهن غير المتوفرة داخلياً.

٣- صرف مكافأة شهرية للمتدربين.

٤- توفير الإقامة الداخلية لمن لا يتوفر له السكن في المدينة المقر للمركز، مع توفير الإعاشة والملابس والخدمات الصحية والاجتماعية وغيرها.

٥- توفير البرامج الرياضية والترويحية في المراكز.

٦- تقوم المراكز بالتعاون مع الإدارة العامة للتأهيل بتشغيل المتدربين الذين تم تأهيلهم، وذلك بالتنسيق مع الجهات المختصة والمعنية بالتوظيف.

٧- تشغيل المؤهلين عن طريق افتتاح مشروعات فردية بدعم مالى إعانة لقيام المشروع، وذلك لبعض المهن التى يمكن ممارستها.

مراكز التأهيل الشامل:

وهى نمط من مراكز رعاية المعوقين وتأهيلهم يضم أقساماً للتأهيل المهنى، وأقساماً للتأهيل الاجتماعى لشديدى الإعاقة. وقد استحدثت هذه المراكز لتجميع الخدمات التأهيلية فى وحدة واحدة تقدم خدماتها من مصدر واحد وتحت إشراف إدارة واحدة لجميع فئات المعوقين من الجنسين كل على حدة، وتقدم فيها جميع الخدمات والمزايا الواردة ضمن مراكز التأهيل الاجتماعى ومراكز التأهيل المهنى وبنفس شروط القبول السابقة الخاصة بمراكز التأهيل الاجتماعى ومراكز التأهيل المهنى مجتمعة.

ويبلغ عدد مراكز التأهيل الشامل عشرين مركزاً موزعة على مختلف مناطق المملكة ويجرى التوسع فى إنشاء هذه المراكز لتغطى كافة الاحتياجات الإيوائية والتأهيلية للمعوقين.

مؤسسات رعاية الأطفال المشلولين:

وتختص هذه المؤسسات بتقديم الرعاية الطبية والصحية والاجتماعية النفسية والتعليمية للأطفال المشلولين ومن فى حكمهم من المصابين بعاهات خلقية أو مرضية تعوقهم عن الحركة الطبيعية بهدف تنمية ما لديهم من قدرات وإعدادهم لتقبل إعاقاتهم والعمل من أجل تأهيلهم وتكيفهم اجتماعياً ونفسياً.

وتؤدى مؤسسات رعاية الأطفال المشلولين مهامها لخدمة هذه الفئة عن طريق وسائل وسبل متعددة تكفل توفير الرعاية السليمة التى تتفق مع احتياجاتهم وظروف إعاقاتهم وذلك من خلال الآتى:

أ- الرعاية المؤسسية:

يلقى الأطفال المشلولون داخل مؤسسات رعاية الأطفال المشلولين بجانب الإيواء الكامل برامج الرعاية الاجتماعية الشاملة وخدمات العلاج الطبيعي والعناية الشخصية بالإضافة إلى البرامج الثقافية والرياضية المناسبة والبرامج الترفيهية، وكذلك إجراء العمليات الجراحية لدى المستشفيات المتخصصة، كما يستفيد من خدمات العلاج الطبيعي وخدمات الرعاية الصحية فى المؤسسة الأطفال المشلولون المقيمون لدى أسرهم.

ب- أطفال القسم الخارجى "الرعاية النهارية":

وهؤلاء الأطفال يتلقون إعانات مالية ويعيشون بين أهلهم وذويهم إلا أنهم يحضرون إلى المؤسسة يومياً للاستفادة من الخدمات التعليمية والتأهيلية فى المؤسسة.

جـ- برنامج إعانات الأطفال المشلولين:

من المسلم به أن الرعاية الأسرية أفضل وأجدى من الرعاية المؤسسية، لذا فإنه يستحسن أن يظل الطفل المشلول فى رعاية أسرته الطبيعية متى ما توفرت لديها إمكانات رعايته والاستعداد الكامل لإشباع احتياجاته وذلك كى يبقى الطفل متمتعاً بالحنان الطبيعى فى محيط أسرته.

وتمكيناً لأسر الأطفال المشلولين من توفير احتياجاتهم فإن الدولة تقدم إعانات مالية لهذه الأسر حسب حالة الطفل وحاجة أسرته. وقد بدأت خدمات هذا البرنامج فى ١٣٩٩/١٢/١هـ.

وبما أن المملكة العربية السعودية قد قطعت أشواطاً كبيرة فى جهودها الرامية إلى القضاء على شلل الأطفال حيث بدا من خلال الإحصائيات التى تقدمها وزارة الصحة انحسار هذا النوع من الإعاقة لدى

أبنائنا نتيجة هذه الجهود وما يتمتع به المجتمع من وعى صحى متنامى فإن مؤسسات إيوائية بالمعنى الذى نشهده فى مراكز التأهيل وهو ما جعل أعداد المقيمين فيها تقل كثيراً عما لدى هذه المراكز.

الرعاية النهارية

وتعنى بتقديم خدمات وبرامج متنوعة لحالات شديدى الإعاقة خلال فترات محددة من اليوم تشتمل على برامج اجتماعية ونفسية وصحية وترويحية وتدريبية، إلى جانب برامج الإرشاد والتثقيف الأسرى حسب احتياج كل حالة ووفق خطط فردية مدروسة.

مراكز وأقسام الرعاية النهارية:

بدأت خدماتها فى العام الأول من خطة التنمية الخمسية الخامسة (١٤١٠/ ١٤١١هـ) حيث افتتح أول مركز منها فى الرياض. وتقدم مراكز وأقسام الرعاية النهارية برامج الرعاية والتأهيل المناسبة للمعوقين الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة خلال ساعات النهار من علاج طبيعى ووظيفى وتدريب على مختلف المهارات الحياتية إلى جانب تقديم برامج تثقيف وإرشاد أسرى مكثفة لأسر المعوقين وغيرها. وقد أنشئت هذه المراكز لتكون واحداً من البدائل عن الرعاية المؤسسية وحددت خلال ساعات النهار فى الفترة الصباحية لتخفيف العبء عن كاهل بعض أسر المعوقين غير القادرة على توفير رعاية مناسبة لأبنائهم خلال هذا الوقت، أو العاملين والعاملات الذين لا يستطيعون توفير الرعاية لأبنائهم أثناء ساعات الدوام الرسمى.

ويبلغ عدد مراكز وأقسام الرعاية النهارية موزعة على مختلف مناطق المملكة. فى حين تم الترخيص لـ ١٥ التى تشرف عليها الوزارة مما يتبعها ويتبع اللجان الأهلية فى مراكز الخدمة والتنمية الاجتماعية حتى الآن ١٥ مركزاً أهلياً للرعاية النهارية فى بعض مناطق المملكة.

رابعاً : الإعانات المالية والعينية :

من المعروف أنه يفضل – اجتماعياً وتربوياً – أن تتم رعاية المعوق داخل أسرته الطبيعية التى تهيئ له الحضانة والجو الأسرى الطبيعى إذا توفرت لديه مقومات الرعاية السليمة.

وسعياً إلى توفير الرعاية المناسبة لهؤلاء المعوقين لدى أسرهم فقد رصدت الدولة إعانات مالية تصرف لأولياء أمورهم وفقاً لمعايير معينة مع خضوعهم للإشراف والتتبع السنوى من المختصين للتأكد من توفير أقصى رعاية ممكنة لهم.

ويتم صرف هذه الإعانات لفئات المعوقين الذين يتعذر إلحاقهم بالمراكز أو ترغب أسرهم فى رعايتهم، ويتفاوت مقدار الإعانة حسب نوع الإعاقة ودرجتها، حيث يتراوح المبلغ بين (١٠٠٠ – ٨٠٠٠) ريال سنوياً، كما يتم تقديم إعانات عينية تتمثل فى صرف كراسى متحركة للمعوقين المحتاجين لها، وكذلك تكاليف تعديل عجلة قيادة السيارة للمعوق من عادية إلى آلية.

خامساً : إسهامات الجمعيات الخيرية والمؤسسات الأهلية فى مجال خدمة المعوقين :

تنهض الجمعيات الخيرية فى المملكة العربية السعودية بمسؤولياتها وتقدم إسهامات رائدة ومتميزة فى مجالات العمل الأهلى الخيرى والتطوعى مستمدة من تعاليم ديننا الحنيف الذى يدعو إلى التكافل ويحث على فعل الخير والبر والإحسان ومد يد العون إلى المحتاجين.

وتحظى هذه الجمعيات بدعم الدولة وتشجيعها ورعايتها لتمكينها من تقديم خدماتها التى تسير جنباً إلى جنب مع خدمات الدولة وتعمل تحت إشرافها ورعايتها ودعمها.

ولقد امتدت إسهامات الجمعيات الخيرية إلى:

١- مساحة الخدمات الاجتماعي وأعمال البر المختلفة التى يمكنها من خلالها أن تقوم بأعمالها الموكلة إليها وتؤدى مهامها المنوطة بها وفق ما رسم لها من أهداف.

٢- الإسهام الفاعل فى خدمة فئة المعوقين تمشياً مع ما ورد فى النظام الأساسى للحكم فى مادته (٣٧) التى ورد ضمنها ما نصه "تشجيع الأفراد على الإسهام فى الأعمال الخيرية".

وقد نالت الجمعيات الخيرية حظاً وافراً من الدعم المادى والمعنوى من الدولة والمواطنين على حد سواء، مما أتاح لها فرص الانطلاق والسير بخطوات ثابتة وجادة وحثيثة أتت ثمارها الملموسة بحمد الله.

هذه الجمعيات تقدم برامج خدمية متنوعة ومشروعات اجتماعية ونشاطات دينية وثقافية وصحية وتربوية مختلفة، وقد أولت الجمعيات الخيرية رعاية المعوقين وتعليمهم وتأهيلهم وتدريبهم عناية خاصة، وسعت إلى مساعدتهم على ممارسة مهامهم ليكونوا أعضاء نافعين مشاركين فى مسيرة المجتمع كل حسب قدراته وإمكاناته بعد توفير فرص العيش الكريم لهم، واستطاعت الجمعيات الخيرية القيام بإنجازات متعددة فى هذا المجال. بل إن من هذه الجمعيات ما أنشئ حصراً لخدمة المعوقين بفئاتهم المختلفة ورعايتهم وتأهيلهم فانتشر هذا النمط من الجمعيات فى مناطق ومدن مختلفة من المملكة إلى جانب جمعيات أخرى برزت فى مجال خدمة المعوقين ورعايتهم وتأهيلهم.

تشغيل المعوقين

انطلاقاً من سياسة المملكة العربية السعودية الهادفة إلى تيسير سبل رعاية المعوقين وتشغيلهم والاستفادة منهم طاقات وظيفية منتجة، وتوجيه

المعوق المتخرج فى مراكز التأهيل المهنى نحو العمل الذى يتفق مع ما حصل عليه من تدريب، وما يتوفر لديه من قدرات، إضافة إلى احتياجات سوق العمل فى البيئة التى سيعمل فيها المعوق، والسعى إلى إيجاد فرص العمل المناسبة للمعوق المؤهل قدر الإمكان بما يتواءم مع تخصصه المهنى وطبيعة إعاقته عن طريق إحدى القنوات التالية :

العمل فى المصالح الحكومية :

ويتم ذلك بالتنسيق مع وزارة الخدمة المدنية وفروعها القائمة بمختلف مناطق المملكة، وتولى الوزارة اهتماماً خاصاً بترشيح المعوق للعمل المناسب له بعد تخرجه فى حدود الوظائف المتاحة.

العمل فى القطاع الخاص :

ويكون ذلك – إذا رغب المعوق – بالتعاون بين مراكز التأهيل وفروع مكاتب العمل التى تبدى اهتماماً خاصاً بهذا الجانب. ويلزم نظام العمل والعمال كل صاحب عمل لديه (٥٠) عاملاً فأكثر تمكنه طبيعة العمل لديه من تشغيل المعوقين الذين تم تأهيلهم أن تكون نسبة ٢% من مجموع عدد عماله منهم. (والمقصود هنا بعبارة "تمكنه طبيعة العمل لديه" هو أن لا تكون الأعمال الخاصة لدى صاحب العمل فى مجملها شاقة ولا تتفق مع ظروف الإعاقة التى يعانيها المعوق). وبطبيعة الحال فإن عملية تشغيل المعوقين فى المجتمع بصفة عامة ولدى القطاع الخاص تحديداً تعتمد على درجة الوعى الاجتماعى بظروف المعوقين وآمالهم وتطلعاتهم.

التشغيل عن طريق تنفيذ مشروع فردى :

وهذا الأسلوب قائم حالياً وتتجه الوزارة إلى التوسع فى تنفيذه، حيث يتيح نظام التأهيل بالمملكة إمكانية تنفيذ مشروع فردى تأهيلى بمعونة تقدم لمن يتم تأهيله من المعوقين وتنطبق عليه الشروط.

المميزات التى يتمتع بها المعوقون فى المملكة:

١- منح المعوقين بطاقات تخفيض أجور السفر تتيح لهم الحصول على تخفيض فى الأجور بنسبة ٥٠% للمعوق ومرافقة على وسائل النقل الحكومية المختلفة البرية والبحرية والجوية.

٢- توفير الأجهزة التعويضية والمعينات السمعية والبصرية.

٣- توفير كافة أنواع الرعاية بما فى ذلك العلاج والأدوية مجاناً.

٤- إتاحة فرص العمل للمعوقين كغيرهم.

٥- تخصيص مواقف لسيارات المعوقين.

٦- تجهيز الطرق العامة والحدائق والمتنزهات ومباني المؤسسات الحكومية والأهلية بما يلائم المعوقين ويسهل حركة تنقلاتهم.

٧- توفير المؤسسات والمراكز التى تقدم كافة برامج الرعاية والتأهيل والتعليم للمعوقين.

٨- صرف إعانات مالية للأسر التى تتولى رعاية المعوق لمساعدتها على تقديم الرعاية اللازمة له.

ومن الجدير بالذكر أن الجهد الحكومى المتمثل فى وزارتى العمل والشئون الاجتماعية ووزارة المعارف قد أولت المعوقين اهتماماً واسعاً منذ عام ١٣٨٠هـ (١٩٦٠م). واهتمت وزارة العمل والشئون الاجتماعية بتقديم الخدمات التأهيلية والمهنية للمعوقين جسمياً وحسياً وعقلياً، بينما اتجهت وزارة المعارف إلى الجوانب التربوية والتعليمية، وقدمت خدماتها فى المستويات التعليمية المختلفة من المستوى التحضيرى وحتى المستوى الثانوى، وكذلك فى التعليم المهنى الموازى للتعليم الثانوى، كما انحصرت خدماتها بثلاثة أنواع من الإعاقة وهى الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية والإعاقة العقلية.

ويمكن أن نستعرض جهود كل من الوزارتين فى مجال الإعاقة فيما يلى:-

أولاً: الجهود المرتبطة بوزارة المعارف:

١- فى مجال الإعاقة البصرية:

أنشئت أول مؤسسة لهذا النوع من الإعاقة فى الرياض عام ١٣٨٠هـ (١٩٦٠م) باسم معهد النور للمكفوفين وتلاها إنشاء معاهد مماثلة فى العديد من مناطق المملكة مثل مكة المكرمة، والإحساء، وعنيزة، والقطيف، والمدينة المنورة، وبريدة، وأبها وغيرها من مناطق المملكة.

٢- فى مجال الإعاقة السمعية:

تقدم الخدمات لهذا النوع من الإعاقة من خلال العديد من معاهد البنين والبنات تتعامل أغلبها مع التعليم الابتدائى وقسم قليل منها مع التعليم المتوسط والمهنى وهى كالتالى :-

أ- معهد الأمل الابتدائى للصم بنين بالرياض.

ب- معهد الأمل الابتدائى للصم بنات بالرياض.

ج- معهد الأمل الابتدائى للصم بنين بجده.

د- معهد الأمل الابتدائى للصم بنات بجده.

ه- معهد الأمل المتوسط المهنى للصم بنين بالرياض.

و- معهد الأمل الابتدائى للصم بنين بالإحساء.

ز- معهد الأمل الابتدائى للصم بنات بالإحساء.

ح- معهد الأمل الابتدائى للصم بنين بالمدينة المنورة.

ط- معهد الأمل الابتدائى للصم بنات بالمدينة المنورة.

٣- فى مجال الإعاقة العقلية:

أن تقديم الخدمات الخاصة بالمتخلفين عقلياً تعتبر أحدث إضافة فـــى ميدان التربية الخاصة فى المملكة العربية والسعودية إذ يلاحظ أنها جـــاءت عقب تربية كل من المعوقين بصرياً والمعوقين سمعياً، وهذا التسلسل يعتبـــر طبيعياً متى ما عرفنا ما تتصف به تربية المتخلفين عقلياً من صعوبة إذا مـــا قورنت بتربية المكفوفين أو الصم.

وقد أنشئت الوزارة المؤسسات التالية لخدمة المتخلفين عقلياً:-

أ- معهد التربية الفكرية بنين بالرياض.

ب- معهد التربية الفكرية بنات بالرياض.

ج- معهد التربية الفكرية بنين بجده.

د- معهد التربية الفكرية بنات بجده.

ه- معهد التربية الفكرية بنين بالدمام.

و- معهد التربية الفكرية بنات بالدمام.

ثانياً: الجهود المرتبطة بوزارة العمل والشئون الاجتماعية:

قامت الوزارة بإنشاء العديد من مراكز التأهيل المهنّى التـــى تركـــز على الجانب التأهيلى، وتهتم بتقديم خدماتها لذوى الإعاقة الجسمية (المشلولين ومبتورى الأطراف) وذوى الإعاقة الحسية (المكفوفين والصم) وذوى الإعاقة العقلية (كالمتخلفين عقلياً) من أجل تأهيل أصحاب تلك الإعاقات ليتمكنوا من تعلم مهنة تساعدهم فى كسب الرزق. وهى على سبيل المثال:-

أ- مركز التأهيل المهنى للمعوقين بالرياض.

ب- مركز التأهيل المهنى للمعوقات الإناث بالرياض.

ج- مركز التأهيل المهنى للمعوقين بالطائف.

د- مركز التأهيل المهنى للمعوقين بالدمام.

وقد بلغ عدد مراكز التأهيل المهنى فى المملكة حوالى ٢٧ مركز موزعين على مناطق المملكة المختلفة، هذا بالإضافة إلى إنشاء العديد من المراكز والمعاهد الخاصة التى تستخدم أحدث النظم العالمية مثل:

أ- مركز جدة للتوحد التابع للجمعية الفيصلية.

ب- مدرسة الرعاية والحنان بجده.

ج- مركز التدخل المبكر بجده.

د- مركز جده لذوى الاحتياجات الخاصة.

ه- معهد التربية الفكرية بالمدينة المنورة.

و- مركز التأهيل الطبى للقوات المسلحة بمدينة الطائف.

ز- مركز والدة الأمير فيصل بن فهد بالرياض.

ح- أكاديمية التربية الخاصة بالرياض.

ط- مركز الوليد بالرياض.

ي- مركز الجبيل بمدينة الخبر.

ك- مركز التأهيل الطبى، ومركز النقاهة، ومركز علاج وجراحة الوجه والجمجمة بمدينة سلطان بن عبدالعزيز للخدمات الإنسانية بالرياض.

وغيرها العديد من عشرات المراكز المنتشرة فى مختلف مناطق المملكة.



الفصل الثامن

رعاية المعوقين فى دولة الكويت

إن مسئولية دولة الكويت فى الاهتمام بالمواطنين من الفئات الخاصة إنما تستمد جذورها من تراثها وتقاليدها الاجتماعية وروابطها الأسرية، وتقدم الدولة خدماتها المتنوعة والمتعددة لجميع فئات المعاقين من خلال المؤسسات الحكومية المعنية بهم، والمؤسسات الأهلية الخاصة لكل فئة، وتعمل الدولة على أن تكون جميع الجهود الحكومية والأهلية المعنية بفئات المعاقين قائمة على أساس التعاون المتبادل والمثمر البناء بين هذه الجهات وجميع أجهزة الدولة ومؤسساتها الأهلية والشعبية. انطلاقاً من وحدة الإحساس الإنسانى لمواجهة مشاكل المعاقين والعمل .. متعاونين على حل هذه المشكلات وتقديم أفضل الطرق لأساليب التشخيص والرعاية ..، والعلاج، ووضع الحلول الواقعية للحد من مشكلة الإعاقة والوقاية منها.

وقد قامت دولة الكويت بوضع ورسم سياسة واضحة للعمل على الحد من الإعاقة على مستوى النمو الكمى لإعداد المعاقين وعلى مستوى النمو الوظيفى لمشكلات الإعاقة وما يترتب عليها من مضاعفات. وقد بنيت هذه السياسة على مبادئ أساسية تتفق والمبادئ التى تطالب بها منظمة الأمم المتحدة، مستهدفة المشاركة الكاملةً والمساواة للمعاقين، وفى ظل أحكام قانون تأهيل المعوقين الكويتى رقم ٤٩ لسنة ١٩٩٦م.

ولما كانت مشكلة العجز والإعاقة منتشرة فى العالم بصورة كبيرة بحيث أن شخصاً على الأقل من بين عشرة أشخاص يعانى من عجز أو أكثر. وأن الإعاقات الأكثر انتشاراً هى الأمراض المزمنة والتخلف العقلى والعجز الحسى بجميع أنواعه، وقد أثبتت الدراسات والإحصاءات أن أسباب العجز الرئيسية فى العالم ترجع إلى حوادث الطرق والحوادث المنزلية، والمسببات البيئية والوراثية المختلفة، كما أن المدمنين على المخدرات والمواد الكحولية قد أصبحوا أيضاً من الأشخاص المعاقين. لذا فإن المسئولين

بدولة الكويت عملوا جاهدين على تدعيم وتشجيع كل الإجراءات الوقائية التى تقدمها كافة الجهات والأجهزة بالدولة، والتى تعمل على الحد من أسباب تفاقم مشكلة الإعاقة.

مقدمة:

بلغ إجمالى عدد المؤسسات الخاصة برعاية المعوقين فى دولة الكويت ٢٢ مؤسسة تتبع وزارة التربية، ويعود تاريخ تأسيس أول مؤسسة منها إلى عام ١٣٧٥هـ (١٩٥٥) حيث أنشئ معهد النور والأمل للبنين. وبعد ذلك توالى إنشاء المؤسسات السبع الباقية على النحو التالى:

- معهد النور والأمل بنات ١٣٨٠هـ (١٩٦٠م)
- معهد التربية بنين ١٣٨٠هـ (١٩٦٠م)
- معهد التربية بنات ١٣٨٢هـ (١٩٦٢م)
- معهد الشلل بنات ١٣٨٢هـ (١٩٦٦م)
- معهد التأهيل المهنى بنات ١٣٨٢هـ (١٩٦٧م)
- معهد التأهيل المهنى بنين ١٣٨٧هـ (١٩٦٧م)

يتضح مما تقدم أن فئات الإعاقة التى تقدم لهم الخدمات من قبل مؤسسات المعوقين فى دولة الكويت يمكن حصرها فى التالى :

١- الإعاقة البصرية
٢- الإعاقة السمعية
} وتقدم لهم الخدمات فى معاهد النور والأمل.

٣- الإعاقة الجسمية (الشلل) وتقدم لهم الخدمات فى معاهد الشلل.

٤- الإعاقة العقلية وتقدم لهم الخدمات فى معاهد التربية ومعاهد التأهيل المهنى.

بناء على ذلك سوف تكون مناقشة مؤسسات الإعاقة فى دولة الكويت موزعة إلى أربع مجموعات حسب نوع الإعاقة وهى:-

مؤسسات الإعاقة فى دولة الكويت :

أولاً : مؤسسات النور والأمل :

تقدم الخدمات فى هذا النوع من المؤسسات لكل من المكفوفين، والصم ويوجد فى الكويت معهدان أحدهما للذكور والآخر للإناث. يضم معهد الإناث، ثلاث مراحل تعليمية هى المرحلة التحضيرية، والمرحلة الابتدائية والمرحلة المتوسطة، أما معهد الذكور فيضم المرحلة الابتدائية والمرحلة المتوسطة بالإضافة إلى مرحلة مهنية تخرج عمالاً مهرة.

ثانياً : مؤسسات التربية :

تقدم مؤسسات التربية خدماتها للمتخلفين عقلياً من خلال معهدين أحدهما للذكور والآخر للإناث. يضم معهد الذكور مرحلتين دراسيتين التحضيرية والابتدائية بينما توجد مرحلة متوسطة فى معهد الإناث بالإضافة إلى المرحلتين السابقتين.

ثالثاً : مؤسسات الشلل :

تقدم الخدمات فى هذا النوع من المؤسسات لذوى الإعاقة الجسمية من المصابين بشلل الأطفال أو الشلل الدماغى. وحيث أن المصابين بالشلل الدماغى عادة ما يعانون من إعاقات أخرى لذا نجد أن هذه المؤسسات تضم بعض الإعاقات الأخرى ككف البصر أو ضعف السمع أو الإعاقة العقلية، ويوجد فى دولة الكويت مؤسستان من هذا النوع إحداهما للبنات وتضم أربع مراحل دراسية هى التحضيرية والابتدائية والمتوسطة والثانوية والأخرى للبنين وتضم نفس المراحل الدراسية ماعدا المرحلة التحضيرية.

رابعاً : مؤسسات التأهيل المهنى :

يوجد فى الكويت مؤسستين للتأهيل المهنى يتلقى فيها المتخلفون عقليا التدريب على أنواع مختلفة من المهارات. وبالنظر إلى تاريخ الإنشاء نجد أن هاتين المؤسستين هما أحدث ما أنشئ وبالإضافة إلى الجوانب المهنية تـضم المؤسسة الخاصة للبنين مرحلة دراسية متوسطة أما مؤسسة البنات فتقتصر فقط على القسم المهنى.

كما أن هناك مؤسسات أخرى لرعاية المعوقين تتبع وزارة الـشئون الاجتماعية والعمل والتى تضم مجمعا لدور الرعاية الاجتماعية، ويضم دار المعوقين، ودار ضعاف العقول ومركز التأهيل المهنى، بحيث تقدم الخدمات الرعوية والتأهيلية للمعوقين مزدوجوا الإعاقة وكبار السن، كما تقـدم لهـم الرعاية الصحية التخصصية اللازمة ويبرز برنامجان من خلال الخـدمات التى تقدمها وزارة الشئون الاجتماعية، برنامج الرعاية الدائمة بحيث تـشمل المبيت للحالات شديدة الإعاقة والتى تتطلب جهداً خاصاً ونوعاً متميزاً مـن الخدمة، وبرنامج الرعاية النهارية فقط الذى يقدم خدمـة نهاريـة كالتأهيـل المهنى والعلاجى ثم يعود المعوق بسيارات المؤسسة إلى منزلـه، والجـدير بالذكر أن مخصصات مالية وأجهزة طبية تقدم للمعوق وأسرته لمـساعدتهم للتغلب على الإعاقة وآثارها إضافة إلى الرعاية الاجتماعية التى تصل إلـى تجهيز سكن للمعوق بما يتناسب مع خصائص إعاقته.

ويخضع لإشراف الوزارة (وزارة الـشئون الاجتماعيـة والعمـل) جمعيات النفع العام، ومنها جمعيات المعوقين وأنديتهم كجمعيـة المعـوقين الكويتية والنادى الكويتى للمعوقين ونادى الصم الكويتى وجمعية المكفـوفين الكويتية ومركز الكويت للتوحد.

والوزارة تتكفل بتجهيز المقار اللازمة لهم وتأثيثها وصرف المعونات المادية والمجزية لها وتحرص على إشراكهم فى جميع النشاطات المحلية والعربية والدولية وتتكفل بتغطيتها ماديا وإعلاميا.

كما أن القطاع الخاص الكويتى ساهم مساهمة فعالة فى دعم أنشطة هذه الجمعيات مادياً ومعنوياً.

كما تحرص وزارة الصحة العامة بدولة الكويت على تقديم أفضل الخدمات العلاجية والطبية للمواطنين فى الكويت وتهتم اهتماماً خاصاً بالمعوقين حيث حرصت على إنشاء مركز الطب التطورى ومركز الأمراض الوراثية منذ سنوات عديدة، واستثمرت جميع ما توصل إليه هذا المركزان والمراكز الطبية التخصصية الأخرى كمركز السمع، ومستشفى الطب النفسى، ومستشفى الطب الطبيعى فى تقديم أفضل الخدمات للأبناء المعوقين، ونستطيع أن نقول أن الطفل أو الفرد المعوق فى الكويت ما قبل الاحتلال كان يحظى بعناية طبية متميزة، ويزود بالمعينات الطبية الحديثة كالسماعات الطبية والأجهزة التعويضية، بغض النظر عن كلفتها المادية، ومن خلال هذه المراكز يعمل خيرة العلماء والأطباء من الكويت والدول العربية الشقيقة والذين أثبتوا جدارة وخلقا إنسانيا رقيقاً فى تعاملهم مع مختلف الحالات التى تعترض عليهم. بل هم يستقبلون حالات خاصة للعلاج من مختلف الدول العربية سواء كانوا مقيمون بالكويت، أو من خارج الكويت للعلاج فى المراكز العلاجية الكويتية.

وبطبيعة الحال هناك تعاون وثيق بين وزارة التربية ووزارة الصحة العامة ووزارة الشئون الاجتماعية من خلال هيئة كونها مجلس الوزارة الكويتى لتقديم أفضل الخدمات والقضاء على المعوقات التى تعترض سير العمل فى مختلف المؤسسات والهيئات التى تعنى بأمور المعوقين فى الكويت.

الآثار السلبية للغزو العراقى للكويت:

أما إن الاحتلال العراقى الغاشم لدولة الكويت عام ١٩٩٠ يمثل تجربة قاسية لشعب الكويت فقد تأثرت كل مؤسسات الرعاية الاجتماعية ودمرت تماماً.

إن مدارس التربية الخاصة بمنطقة حولى احتلتها قوات اللواء ٤٧ قوات خاصة، واستولت على موجوداتها وحطمت جميع الورش التعليمية والتأهيلية، وسرقت الوسائل التعليمية ودمرت أجهزة الكمبيوتر الفردية والجماعية فيها، واتخذتها قيادة ٤٧ قوات خاصة مقراً لها.

وكان مجمع دور الرعاية الاجتماعية بالصلبيخات التابع لوزارة الشئون الاجتماعية، قد تم إخراج جميع المعوقين والمسنين وضعاف العقول منه، واستخدم كمرابض للمدفعية التى قصفت رئاسة الأركان العامة للجيش الكويتى وكلية الشرطة والكلية الحربية، كما أصبحت ساحاتها مقراً للدبابات العراقية ومركزاً لتجميع آلياته، وتمت سرقة المعدات العلاجية كأجهزة العلاج الطبيعى والطبى والأثاث بصفة عامة، ومركز الطب التطورى ومركز الطب الوراثى.

كما تم إخراج جميع الأطفال المرضى منها والاستيلاء على المختبرات والأجهزة الطبية وتشريد الأطباء وهيئة التمريض والعاملين.

أما مستشفى الطب النفسى فالمأساة أعم حيث تم إطلاق سراح المرضى سواء كانوا من ذوى الحالات الشديدة أو الحالات الوسطى دون الاتصال بأهليهم مما أدى إلى مقتل العديد منهم على أيدى القوات العراقية لعدم استجابتهم لأوامر تلك القوات أثناء سيرهم دون هدى فى الشوارع، واستخدم أيضاً مركز الطب الإسلامى مربضا لمدافع الهاون العراقية لقصف وزارة الدفاع الكويتية.

وهناك العديد من المؤسسات الخيرية التى تشرف عليها مؤسسات وأفراد من الكويت تقع خارج الكويت تأثرت نتيجة انقطاع الموارد المالية الكويتية التى كانت تتولى أمر الصرف عليها كقرى الأطفال بالسودان ومخيمات اللاجئين الأرتيريين والعديد من الأيتام فى أفريقيا وآسيا.

إن الغزو العراقى على الكويت كان مفاجأة سيئة غير متوقعة للشعب الكويتى ودون أن يتوفر لهم القدر المعقول من الترقب الذى يقلل عادة من حجم الصدمة النفسية.

والآثار النفسية السلبية للغزو العراقى عديدة ومتشابكة كما أنها تتخذ أشكالاً متنوعة ظاهرة وباطنة. ومن هذه الأشكال (العدوانية والعنف وانحراف الأحداث والاضطرابات النفسية وتتدرج تحت الفئة الأخيرة على الأقل أربعة تشخيصات نفسية هى : اضطراب الضغوط التالية للصدمة (العصابية، القلق، الخوف الاكتئاف)، الأمر الذى يؤدى إلى سوء التوافق النفسى والاجتماعى) ولم يدفع أحد ولا يستطيع أن يدعى أن هذه المشكلات لم تكن موجودة فى المجتمع الكويتى قبل الغزو ولكن القول الصحيح إن معدلاتها قد ارتفعت بعد الغزو.

وتناولت دراسات عديدة الآثار النفسية للعدوان العراقى لدولة الكويت منها دراسة حددتها فى أربع منظمات أساسية هى:

١- العصابية:

وقد ظهر ذلك فى زيادة المشكلات المتعلقة بالتوتر والقلق بالإضافة إلى زيادة المشكلات الخاصة بالخوف من المستقبل والشعور بالتهديد وعدم الأمان عموماً.

٢- الاكتئاب:

وكانت مظاهرة فى زيادة استجابات مشاعر الحزن والهم والرغبة الملحة فى البكاء والإحساس بالضياع والعزة عن اتخاذ قرار وضعف الثقة بالنفس.

٣- سوء التوافق النفسى والاجتماعى:

تسهم الاضطرابات العصابية والاكتئابية فى عدم التوافق النفسى وبعض المؤشرات المرتبطة بالتوافق الاجتماعى كسلوك الرفض والسخط على كل شيء والرغبة فى اعتزال الآخرين والقلق من مواجهتهم.

٤- مخاوف مرضية:

تظهر فى الخوف من الدم وترك الباب مفتوحاً ومشاهدة الملابس العسكرية، اضطراب النوم.

كما ظهرت دراسة جيمس جارباريون (James Garbarion) أن الإعراض والتأثيرات النفسية المرتبطة بالصدمة (الأزمة) هى المخاوف والتغيرات فى السلوك أو فى الشخصية، وكذلك التغير فى الطموحات بالنسبة للمستقبل والخوف من بعض الأماكن أو الأشياء التى لم يكونوا يخافون منها من قبل وتكرار الأحلام المفزعة. فى حين أشارت دراسة أخرى بأن إمكانية الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى الأفراد الكويتيين نتيجة العدوان العراقى على دولة الكويت يتمثل فى الشعور بالكآبة لمدة طويلة نتيجة قتل أحد الوالدين أو المقربين وازدياد درجة القلق واضطرابات الخوف لديهم نتيجة التراشق المدفعى وسماع أصوات المتفجرات وإطلاق النار فى الأحياء السكنية وأعمال العنف واضطرار العائلات إلى النزوح وترك حاجياتهم ومنازلهم هرباً إلى أماكن آمنة أدى إلى الاغتراب والشعور بالعزلة ونتيجة للنزوح الاضطرارى المفاجئ ظهرت على الأفراد خاصة الشباب أعراض الاضطرابات النفسية مثل قلق الانفصال عن الأهل والخوف من المدرسة والأعراض الجسدية النفسية (السيكوسوماتية) ومشاكل النوم وعانى بعضهم

الآخر من الحزن والحنين إلى منازلهم ورفض عدد منهم البيئية الجديدة وأصبحت تصرفاتهم عدائية وفوضوية ومن الصعب ضبطها والتحكم فيها.

كما يمكننا أن نوضح أن انتشار الفزع يمكن أن يكون بالعدوى للفرد نتيجة الحروب والإحساس بالرعب بدرجة كبيرة نتيجة إدراك الفرد لرعب الآخرين.

كما قد تمتد الآثار النفسية المرجأة لكارثة الحرب على الأفراد لسنوات طويلة قد تشمل العمر كله – ولعل أبرز تلك الآثار فقدان الثقة في المستقبل والنفس، بالإضافة إلى الآثار المترتبة على حالات الاغتصاب القهرى من الجنود العراقيين للسيدات الكويتيات.

وأيضاً تتمثل الآثار النفسية للغزو العراقى للكويت فى الاضطرابات النفسية التى يعانى منها العائدون من المعركة مثل ازدياد العدوانية نحو المجتمع .. إلخ.

كما يحدث أن تعانى زوجات هؤلاء الجنود وأبنائهم من بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والإحباط والشعور بالعزلة مع العزوف عن الأنشطة الاجتماعية.

ومن خلال عرض الأفكار والآراء السابقة نرى أن الحرب كخبرة صادقة لها آثارها النفسية على المواطن منها ما له آثار مباشرة ومنها ما له آثار مرجأة وقد صاحب الأزمة والحرب وما بعدها حيال الكارثة انفعالات مختلفة منها القلق أو الخوف أو التوتر أو الاكتئاب أو الرغبة فى الانتقام أو التقلبات الانفعالية أو سرعة الإثارة أو التطرف السلوكى أو فقدان الثقة فى النفس والمستقبل وهكذا فإن الغزو قد أحدث آلاماً نفسية دفينة فى قلوب الكويتيين وتغيرات سلبية فى اتجاهاتهم وقيمهم.



الفصل التاسع

رعاية المعوقين فى جمهورية السودان

تعتبر جمهورية السودان الديمقراطية من أكبر الدول العربية من حيث المساحة إذ تبلغ ٢,٥٠٥,٨١٠ كم٢ ويبلغ عدد سكانها ٣٩,٣٧٩,٣٥٨ نسمة، ولقد تعرضت السودان فى السنوات الأخيرة لمجموعة من الكوارث الطبيعية من جفاف، وتصحر، وسيول، وفيضانات، وضغوط اقتصادية، وأكثرها شدة محاولات انفصال الجنوب عن الشمال والقتال فى منطقة دارفور وما يترتب عليها من زيادة أعداد المصابين والمعوقين والمهجرين، وبطء عملية النمو الاقتصادى وتدهور خطوات التنمية، وقد أثرت كل هذه العوامل على قدرات الدولة فى الصرف على الخدمات الأساسية، وانعكس ذلك على القطاع الأضعف من السكان (الأمهات والأطفال) والذين يشكلون ٦٩% من السكان. كما ساهم التدهور البيئى الناتج عن العوامل السابقة من التنوع والتعدد الثقافى والأنماط السلوكية فى تفاقم المشكلة، وادى ذلك إلى حالة من عدم الاستقرار، والنزوح من الريف إلى المدن، ومن الجنوب إلى الشمال، وازداد الازدحام، وظهرت أحزمة سكانية ذات كثافة سكانية عالية فى ظروف بيئية متدهورة.

ولقد أجرى إحصاء للمعوقين فى السودان ضمن الإحصاء السكانى عام ١٩٩٣ أوضح أن معدل الإعاقة فى الريف ٥١,٣% مقارنة ٤٨,٧% فى الحضر كما أن نسبة الإعاقة أكبر وسط الذكور ٥٣% منها فى الإناث ٤٧%.

وتنحصر أهم العوامل المسببة للإعاقة فى الآتى:-

١- الحوادث وهى تشمل حوادث المرور والعمل والحريق والفيضانات والكوارث.
٢- الحروب وقد لعبت دورا كبيرا فى الفترة الأخيرة فى زيادة نسبة الإعاقة.
٣- الأمراض المزمنة والمعدية وأمراض الطفولة.

٤- ضعف الرعاية الصحية والتوعية للمجتمع.

٥- ممارسة العادات الضارة.

٦- تناول العقاقير والكحوليات.

٧- الألغام.

٨- التلوث البيئى.

٩- الأسباب الوراثية.

ويعانى الطفل السودانى من الاغتراب الفكرى والمادى للآباء، حيث يحس الطفل بوحشة البيئة الإنسانية لعدم وجود الأب والأم بجـواره معظـم الوقت، مما يؤدى إلى غياب السلوك البيئى المرتبط بالبيئة، وإهدار الطاقات، وانتشار مصاحبة الطفل الوسائل اللهو معظم الوقت بالإضافة إلـى التبـاين الواضح فى المستويات المعيشية.

- حجم الإعاقة حسب الولايات:

الولايـة	عـدد المعاقـين
سنار ولاية	١٥٧٧٧
القضارف ولاية	١٥٣٣٠
كسلا ولاية	١٥١٩١
النيل ولاية نهر	١٣١٥٢
الشمالية ولاية	٩١٥٢
الأحمر ولاية البحر	٧٦٤٠
الأبيض ولاية النيل	٦٨٩٠
الأزرق ولاية النيل	٦٤١٥

الجدول التالى يوضح توزيع المعوقين حسب نوع الإعاقة :

نوع الإعاقة	العـــدد	النسبـــة
مكفوفين	٨٠٨٩٦	%٢٤
صم وبكم	٤٨٨٦٢	%١٤,٥
إعاقة حركية	١٢٨٨٤٤	%٣٨,٣
إعاقة ذهنية	٢٢٨١٤	%٩,٧
إعاقة مركبة	١٠٣٢١	%٣,٠١
أخرى	٣٥٠٩٢	%١٠,٠١

- مسببات الإعاقة:

تنحصر أهم العوامل المسببة للإعاقة فى الآتى:

١- الحوادث وهى تشمل حوادث المرور والعمل والحريق والفيـضانات والكوارث.

٢- الحروب وقد لعبت دورا كبيرا فى الفترة الأخيرة فى زيـادة نـسبة الإعاقة.

٣- الأمراض المزمنة والمعدية وأمراض الطفولة.

٤- الأسباب البيئية.

٥- الأسباب الوراثية.

٦- ضعف الرعاية الصحية والتوعية للمجتمع.

٧- ممارسة العادات الضارة.

٨- تناول العقاقير والكحول.

٩- الألغام.

خدمات الرعاية الاجتماعية فى مجال الطفولة:

إن العمل الاجتماعى فى السودان يرتكز على مقومات أساسية أهمها الأسرة، والتى هى أساس المجتمع، وعليه فقد اهتمت الدولـة ممثلـة فـى

أجهزتها المختلفة بالأسرة والطفولة وتمثل هذا الاهتمام فى إعـداد الخطـط والبرامج والمشروعات فى مجال حماية ورعاية الأمومة. والطفولة، رسـم السياسة العامة للأسرة والطفولة.

وفى مجال التنفيذ العملى فقد تم إقرار مشروع اتفاقية حقوق الطفل، التى قدمها فريق العمل المكون من قبل عشرة دول عربية، ولجنـة حقـوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة، التى تم إقرارها فى نوفمبر ١٩٨٩م.كذلك تـم إنشاء المركز القومى لتدريب مشرفات رياض الأطفال بالتعاون مع منظمـة اليونسيف العالمية عام ١٩٨١ .. ويستقبل هذا المركز المـشرفات بريـاض الأطفال على مستوى البلاد عامة، حيث تستغرق الدراسة فيه ٦ أشهر تتلقى فيه الدراسات العديد من المواد فى التربية، والرياضة، وعلم النفس والخدمة الاجتماعية.

خدمات الطفولة الغير سوية:

تقدم الدولة أيضاً خدمات للأطفال المعوقين من خلال معاهد تـدريب وتأهيل تتكون من الآتى:

١- معهد النور للمكفوفين بالخرطوم بحرى:

تم إنشاؤه عام ١٩٦٨م، وهو مؤسسة تعليمية للأطفـال المكفـوفين، ويضم المرحلتين الابتدائية والمتوسطة، ويلتحق به المكفوفين من الأطفال من مختلف أنحاء السودان ويتم إسكانهم وإعاشتهم مجانا.

٢- معاهد الصم:

هناك معهدين فى مجال تعليم وتأهيل الصم، أحدهما تـشرف عليـه الجمعية القومية السودانية لرعاية الصم والذى تم إنشاؤه عام ١٩٧٠م بجهـد تطوعى، وقد تطور خلال هذه الفترة، ليخرج آلاف من الصم الـذين نـالوا تعليما ابتدائيا وتأهيل فى مجالات تتلائم مع قدرات الطلاب من الجنسين.

كذلك هناك معهد السلمابى للسمع والتخاطب، وهو معهد حكومى للرعاية الاجتماعية تأسس عام ١٩٧٨م بجهد مشترك بين المؤسسة الكندية للإغاثة ومؤسسة السلمابى الخيرية والرعاية الاجتماعية .. ويضم روضة ومدرسة ابتدائى.

٣- معهد تأهيل المعوقين جسديا بسوبا:

باشر نشاطه فى عام ١٩٨٦ بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائى ومنظمة العمل الدولية ويعمل على تأهيل المعوقين فى مجالات النجارة، والصناعات الجلدية، وأعمال الكهرباء، والتفصيل، والخياطة، والاقتصاد المنزلى.

كذلك تقوم الدولة فى مجال خدمات الطفولة بتوفير الأمن الاجتماعى من خلال المؤسسات الإصلاحية للأطفال الجانحين.

إصلاحية الجريف غرب:

تهدف هذه الدار إلى تقديم الرعاية الاجتماعية والصحية لنزلائها من الأحداث، وتأهيلهم حتى يخرجوا للمجتمع وهم أقدر على الكسب الحلال.

إصلاحية كوبر:

تستوعب هذه الدار ٦٠ حدثا من الجانحين، وهم من المحكوم عليهم قضائيا وفى عمر أقل من الثامنة عشر. حيث تقدم لهم الدار الخدمات المتعلقة بالإيواء وتعمل على إعادة تأهيلهم.

تقع مسئولية رعاية الأحداث على الأسرة والدولة ولكل دوره ومسئوليته لتحقيق التوافق الذاتى والاجتماعى. فالدولة تقدم البرامج التى تهدف إلى إعادة التنشئة الاجتماعية السليمة والتأهيل وبرامج الرعاية اللاحقة. وتشير الإحصائيات عن الأطفال المشردين فى السودان عددهم ١٣ ألف طفل ويمثل الذكور نسبة ٩٧%.

وفى مجال الخدمات التى تقدمها الدولة للمشردين فقد تم إعداد عـــدد من المشروعات منها:

١- مشروع إعادة تأهيل أسر الأطفال المشردين بالعاصمة القومية وذلك بتدريبهم وإعادتهم إلى أسرهم. كما تم تنفيذ مشاريع لزيادة دخل أسر هؤلاء الأطفال.

٢- معسكرات شتوية لإيواء الأطفال المشردين، تستوعب ٥٠٠ متـــشرد يتم خلالها تأهيلهم نفسيا واجتماعيا لإعادتهم لأسرهم.

٣- مشروع جمع الأسر والذى تم خلاله إعادة ١٥٠ طفلا مـــشردا إلـــى أسرهم خارج نطاق العاصمة القومية. كمـــا أن هنـــاك مـــشروعات تشرف على تنفيذها جمعيات أهلية سودانية مثل:

أ- جمعية أمل الخيرية وتشرف على تـــدريب وتأهيـــل الأطفـــال المشردين بالخرطوم.

ب- اللجنة الشعبية السودانية للإغاثة وإعادة التعمير وتشرف علـــى مشروع تأهيل وتدريب الأطفال المشردين بمدينة نيالاً.

ج- المؤسسات الإيوائية التى تشرف جمعية القديس منصور عليها.

د- دار الكويت لإيواء المشردين والتى تشرف عليها لجنة مـــسلمى إفريقيا.

ه- دار البشائر لإيواء المشردين وتشرف عليها الجمعية الإفريقيـــة لرعاية الأمومة والطفولة.

و- الجمعية السودانية مزرعة الهدى.

أهم المشكلات التى تعانى منها الطفولة فى السودان فى مجال خدمات الرعاية الاجتماعية تتمثل فى الآتى:

١- عدم التنسيق بين الخدمات التى تقدمها المصالح المختلفة.

٢- عدم وجود برنامج عام لشكل السياسة العامة لرعاية الطفولة.

٣- عدم وجود النظرة الشمولية فى التخطيط لبرامج تنمية ورعاية الطفولة.

إن وجود جهاز قومى يعنى بحاجات الطفولة أصبح أمرا مهما فى السودان التزاما بميثاق حق الطفل العربى بجامعة الدول العربية، والذى نص على قيام لجنة للطفولة فى كل قطر عربى، تضم فى عضويتها الأجهزة الرسمية، والأهلية والشعبية ذات الاختصاص برعاية الطفولة، وتنسيق جهودها فى مجال وضع السياسات، والتخطيط، والتنفيذ، والمتابعة، والتقويم.

وعليه وفى ختام جلسات مؤتمر واقع الطفل السودانى الذى انعقد مؤخرا بالخرطوم، أصدر رئيس الدولة قرارا بتكوين مجلس قومى لرعاية الطفولة. وينبغى أن نذكر بأن مثل هذا المجلس لابد أن يهتم بالآتى:

١- عدم التنسيق بين الخدمات التى تقدمها المصالح المختلفة.

٢- عدم وجود برنامج عام لشكل السياسة العامة لرعاية الطفولة.

٣- عدم وجود النظرة الشمولية فى التخطيط لبرامج تنمية ورعاية الطفولة.

إن وجود جهازٌ قومى يعنى بحاجات الطفولة أصبح أمراً مهماً فى السودان التزاما بميثاق حق الطفل العربى بجامعة الدول العربية، والذى نص على قيام لجنة للطفولة فى كل قطر عربى، تضم فى عضويتها الأجهزة الرسمية، والأهلية والشعبية ذات الاختصاص برعاية الطفولة، وتنسيق جهودها فى مجال وضع السياسات، والتخطيط، والتنفيذ، والمتابعة، والتقويم.

وعليه وفى ختام جلسات مؤتمر واقع الطفل السودانى الذى انعقد مؤخرا بالخرطوم، أصدر رئيس الدولة قرارا بتكوين مجلس قومى لرعاية الطفولة. وينبغى أن نذكر بأن مثل هذا المجلس لابد أن يهتم بالآتى:

١- إجراء دراسات ومسوح شاملة لتقويم الوضع الراهن لأحوال الطفولة فى السودان.

٢-وضع خطة كاملة مسترشدة باستراتيجية العمل الاجتماعى فى الوطن العربى، وتحديد أولويات، وخطوات تنفيذ هذه الخطة والإمكانيات والموارد اللازمة لتنفيذها.

الخدمات الصحية:

هناك العديد من البرامج الصحية الموجهة لخدمات الطفولة فى السودان نذكر منها ما يلى:

برنامج أنقذ حياة طفل:

برنامج تثقيفى صحى يهدف إلى النهوض بصحة الطفل خاصة فى المناطق التى تعوزها الخدمات الصحية وذلك باستنفار واستقطاب كل الجهود الشعبية للمشاركة الفعلية فى تقرير صحة الطفل. ويتم ذلك عن طريق متطوعى الهلال الأحمر السودانى كقادة ومدربين فى مجال الرعاية الصحية الأولية ويركز البرنامج بصورة خاصة على تحصين الأطفال، ومكافحة الإسهال، والتهاب الجهاز التنفسى، والرضاعة الطبيعية، وأغذية الأطفال.

ويتم تمويل البرنامج بواسطة الصليب الأحمر الفنلندى وبرنامج الأمم المتحدة للأطفال "اليونيسيف" ويعمل البرنامج تحت إطار الرعاية الصحية الأولية. ويتضمن ذلك التدريب، الزيارات المنزلية.

مبادرة باماكو فى السودان لتوفير الدواء بالعون الذاتى:

فى سبتمبر عام ١٩٨٧م وفى مدينة باماكو بجمهورية مالى اجتمعت اللجنة الإقليمية لهيئة الصحة العالمية لدول أفريقيا جنوب الصحراء، وأقرت المبادرة التى عرفت بمبادرة "باماكو" والتى تهدف إلى تصعيد حملة التقليل من الوفيات والإصابات من الأطفال وترقية خدمات الرعاية الصحية الأولية للأطفال.

أما التطبيق الفعلى لمبادرة باماكو فى السودان فيتمثل فى مشروع السودان للأدوية الأساسية ودعم الرعاية الصحية الأولية، الذى بدأت

تحضيراته فى عام ١٩٨٨م بواسطة وزارة الصحة ووزارة المالية ومنظمة اليونسيف. وقد بدأ المشروع الفعلى بالدراسة التى أجراها فريق الخبراء السودانيين فى محافظة شمال كردفان فى يناير ١٩٩٠م. وقد جاءت خطة العمل كالآتى:

١- توفير الأدوية الأساسية بتمويل عن طريق اليونسيف لمدة ثلاثة أعوام.

٢- دعم خدمات الطفولة والأمومة.

٣- تحريك القطاعات الشعبية للاشتراك والمساهمة فى إدارة العمل الصحى.

وفى النهاية لابد من التأكيد على أن مستقبل خدمات الطفولة فى السودان لابد أن يرتكز على:

١- وضع الخطط والبرامج الخاصة بخدمات الطفولة على المستوى القومى.

٢- توفير الإمكانات اللازمة وتوزيعها على الأقاليم.

٣- وضع احتياجات خدمات الطفولة كأولوية فى خطط التنمية.

٤- الاستعانة بالعون الأجنبى لإثراء خدمات الطفولة فى السودان.

*****



الفصل العاشر

رعاية المعوقين فى الجماهيرية الليبية

برزت فكرة تأسيس "وحدة صحة الطفل" كبرنامج للرعاية الشاملة للطفولة من خلال سلسلة من اللقاءات التى عقدت بمستشفى الفاتح للأطفال – بنغازى منذ سنة ١٩٨٨م. وقد شارك فى هذه اللقاءات العديد من المهنيين الذين يلتقون حول الاهتمام المشترك بتقديم الخدمة للأطفال وأسرهم.

ولقد كان واضحاً منذ البدء أن تقديم خدمة صحية متكاملة تشمل الصحة الاجتماعية والنفسية بالإضافة إلى الصحة البدنية، إنما يتطلب جهود تخصصات متعددة، وعلى نطاق واسع. وإنه ولابد من التأكيد على الجوانب الوقائية والعلاجية لصحة الطفل إلى جانب خدمات إعادة التأهيل.

هدف الوحدة:

الهدف الأساسى للوحدة هو توفير العناية الشاملة للطفل والمراهق من كل الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية. بالإضافة إلى تهيئة المناخ المناسب لتنشئة جيل خال من الأمراض والآفات والإعاقة.

فلسفة الوحدة:

تنبثق فلسفة وحدة صحة الطفل من الأسس التالية:

أ- إن الطفولة هى أساس ورصيد لكل مجتمع جاد يسعى للنمو ولتحقيق طموحات متقدمة على الصعيدين الحضارى والمادى.

ب- إن الطفولة هى أهم مرحلة فى حياة الفرد، وهى المرحلة ذات الشفافية والحساسية الخاصة التى تتكون فيها شخصية الإنسان. وخلالها يغرس فيه المجتمع قيمه وثقافته. وإن أى خدش أو شرخ فى هذه المرحلة يؤدى إلى عواقب وخيمة للفرد والأسرة والمجتمع.

ج- إن الطفولة هى الوجه البرىء للبشرية وهى عاجزة عن المطالبة بحقوقها، وخاصة فى الدول النامية التى يلاحظ إنها لاتولى الطفولة ما تستحقه من اهتمام. لذلك كان لزاما أن تظهر مؤسسات وجمعيات

ووحدات تتبنى مشاكل الطفولة، وتحافظ على حقوقها، وتسعى لأن تنال فى المجتمع ما تحتاجه من رعاية وتركيز.

د- ونظراً لما يتضح لدى العاملين فى مجال الطفولة من أن أسباب تدهور صحة الطفل هى متعددة، ومتباينة، ومتشابكة، فإن الفلسفة العلمية لهذه الوحدة هى فى إيجاد فريق مهنى يضم كل التخصصات أو الفروع التى لها علاقة بالطفل وحياته. ونعنى بذلك الأطباء بشتى تخصصاتهم والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والتربويين وغيرهم من العاملين فى المجال الصحى بالإضافة إلى أخصائيى النطق والسمع والعلاج الطبيعى والتغذية وطب الأسنان وكذلك المتطوعين من ذوى الاهتمام الواعى بقضايا الطفولة.

أسلوب ومنهج العمل بالوحدة:

تنتهج الوحدة فى عملها أسلوباً ذا شقين:

أ – فيما يتعلق بالعاملين بالوحدة والمتعاونين معها. أن يتحقق فيهم ما يلى:

١- الترابط والتكامل والانسجام.

٢- الخبرة التخصصية.

٣- الرغبة والحماس والاستمرارية.

٤- وضوح الرؤيا والفكرة والهدف.

٥- الاقتناع بضرورة التكامل المهنى بين كل المجالات، وبأن أهمية كل الأعضاء متساوية، ولا يمكن الاستغناء عن أى منها.

ب- فيما يخص علاقة الوحدة بغيرها من مؤسسات المجتمع :

تسعى الوحدة إلى مد جسور التعاون والتفاهم بين كل مؤسسات المجتمع التى تقدم خدمات للطفولة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، مثل المدارس الخاصة بمختلف فئات المعوقين ومؤسسات الرعاية الاجتماعية. وكذلك الربط بين مختلف المعاهد والجامعات وأمانات الصحة والتعليم والضمان الاجتماعى والجمعيات الأهلية والمتطوعين.

كل ذلك فى سبيل ضمان تعاون الجميع لتحقيق أهداف الوحدة، سواء كان هؤلاء مخططين أو متخذى قرار أو مساهمين فى دعم الوحدة مادياً.

وقد استطاعت الوحدة بالفعل أن تكوّن جسراً حياً يعبر سبل التفاهم والمودة، وأن تتخطى أية صعوبات أو خلافات قد تكون موجودة بين بعض هذه المؤسسات.

برامج العمل:

حيث أن "وحدة صحة الطفل" تهدف إلى إيجاد عناية شاملة، وكاملة لكل الطفولة، كان عليها أن تقسم برامج عملها إلى قسمين متوازيين متحركين فى نفس الاتجاه وبنفس القوة والحماس. وهما :

أ- **برامج وقائية:** وهذه تسعى إلى الحد من الأمراض والآفات، وتشتمل على خدمات وقائية وتحسين وتأهيل فى المجالات الطبية والاجتماعية والنفسية. وتنقسم إلى ثلاث مراحل : أولية وتالية ومتقدمة. وسيأتى تفصيلها فيما بعد.

ب- **برامج علاجية:** وهذه تهتم بالأطفال ذوى المشاكل الخاصة مثل: المرضى بأمراض مزمنة وذوى الإعاقات المختلفة، وتقوم الوحدة بدعم وتنشيط البرامج العلاجية القائمة بالمؤسسات المختلفة لرفع مستوى هذه الخدمات وتوزيعها ونشرها.

ومن حيث المبدأ فإن الوحدة تسعى إلى تقديم خدماتها وبرامجها لكل الأطفال المرضى منهم والأسوياء الأجنة وحديثى الولادة والمراهقين، الذكور والإناث، أطفال المدينة أو القرية أو البادية أو الجبل أو الصحراء.

ولكن بطبيعة إمكانيات الوحدة وحداثة تكوينها فقد وضعت خططها أولويات تتعامل معها بتركيز أكثر، ولها الأسبقية حاليا. منها على سبيل المثال الأطفال ذوى الأمراض المزمنة كالسكر، الصرع، الربو، والأطفال ذو الإعاقات الذهنية والجسدية والحسية. والعمل على تشجيع برامج التوعية

والتثقيف الصحى. وهناك خطط قريبة المدى للعمل علـــى رفـــع مـــستوى الخدمات الخاصة فى مجال الوقاية والكشف المبكر.

أنشطة الوحدة:

١- تساند الوحدة مكتب الرعاية الاجتماعية بمستشفى الفاتح للأطفـــال – بنغازى. وقد أمكن تعيين ثلاث أخصائيات اجتماعيات لمتابعة أعمال هذا المكتب، بالإضافة إلى طلاب المعهد العالى للخدمة الاجتماعيـــة الذين يتلقون تدريبهم العملى بالوحدة.

ومهمة هذا المكتب المتابعة الاجتماعية لكل الأطفال ذوى الحـــالات المرضية المزمنة والذين يتكرر دخولهم زياراتهم للمستشفى وذلك بفتح ملف اجتماعى لكل طفل، والاتصال المباشر بالأطبـــاء والـــربط بـــين الأســـرة والمؤسسة الصحية ومحاولة تذليل الصعوبات التى تعترض نجاح العـــلاج، ودراسة المضاعفات الاجتماعية التى قد تنتج بسبب الحالة المرضية للطفـــل. وكذلك بحث مدى تأثير الوضع الاجتماعى للطفل على متابعتـــه للمعالجـــة، والاستفادة منها، بالإضافة إلى مهام أخرى كثيرة يقوم بها المكتب.

٢- ويتلقى هذا المكتب دعماً مهنياً وعمليـــاً مـــن قبـــل إدارة الرعايـــة الاجتماعية بأمانة الضمان الاجتمـــاعى بنغـــازى ومكتـــب الخدمـــة الاجتماعية بأمانة تعليم بنغازى.

٣- يجرى إعداد استمارة تقييم نفسى لدراسة حالة الطفل النفسية ومـــدى تأثيرها على الحالة المرضية وتأثرها بها ليتم فى ضـــوئها مـــساعدة الأسرة على فهم وتقبل الحالة المرضية للطفل.

٤- يجرى إعداد استمارة تربوية لمتابعـــة الوضـــع الدراســـى للطفـــل المريض. وقد تمكنت الوحدة بمساعدة أمانة التعليم من فتح فـــصول

دراسية للتدريس وإجراء الامتحانات للأطفال الذين يطـول بقـاؤهم داخل المستشفى.

٥- تسعى الوحدة لإنشاء أندية صداقة للأطفال ذوى الحـالات المزمنـة والإعاقات وتهدف هذه الأندية إلى تنظيم لقـاءات تـضم الأطفـال المرضى وأسرهم والأخصائيين المتطوعين من مختلف التخصصات بصفة دورية لتبادل الخبرات والنصائح والآراء والتجارب، بحيـث يقوم الأخصائيون بشرح ومناقشة المشاكل التى تواجهها هذه الأسـر بصورة مبسطة وودية، ويقوم أولياء الأمور بالحديث عن تجـاربهم الشخصية فى حلها وما حققوه مع حالات أبنائهم من نجاحات.

وقد تم الشروع فى إنشاء النوادى التالية:

أ- نادى أصدقاء أطفال مرضى السكر.

ب- نادى أصدقاء أطفال المعوقين ذهنيا.

على أمل أن يشرع قريبا فى إنشاء نوادى أخرى للأمراض المزمنة كالصرع والربو سوء التغذية، وسيشرع قريبا فى افتتاح نادى لدعم الرضاعة الطبيعية والحد من انتشار الرضاعة الصناعية وما تسببه من أخطار علـى الطفولة والأسرة والمجتمع.

نواة هذه الأندية ستكون بمستشفى الأطفال حاليا - لكن الوحدة تأمل أن تنتشر الأندية فى كل أرجاء المجتمع حتى تصل فائدتها لكل طفل ولكـل أسرة.

٦- تدعم الوحدة برامج الرعاية الصحية الأولية وبالخـصوص بـرامج الأمومة والطفولة وتنادى بأن تخرج الخدمات الصحية مـن إطـار المؤسسات وتنطلق إلى حيث يتواجد الأطفال فى أحيـائهم وقـراهم ومدنهم.

٧- تتعاون الوحدة تعاوناً وثيقاً مع أجهزة الصحة المدرسية، وجهاز التثقيف الصحى بإدارة صحة المجتمع بأمانة الصحة - بنغازى.

٨- تشارك الوحدة فى برامج إدارة الرعاية الاجتماعية بأمانة الضمان الخاصة بالطفل كما تقدم هذه الإدارة خدمات قيّمة للوحدة فى المجالات الفنية كالمشاركة فى مناقشة البرامج ورسم السياسات، وفى تدريب الأخصائيين الاجتماعيين، وفى تصميم الاستمارات المتخصصة.

٩- تقوم الوحدة بربط العيادات المتخصصة لمختلف الأمراض بمستشفى الأطفال ببعضها البعض وتسعى لأن تكون جسراً حياً يربط هذه العيادات بأسر الأطفال المرضى.

١٠- تدعم الوحدة برامج العلاج المتخصص للأطفال المعوقين، وخاصة فى مجال العلاج الطبيعى، وتسعى لاستحداث علاج النطق، والتأهيل الحياتى، والتغذية الخاصة.

١١- قامت الوحدة بمساعدة بعض المؤسسات والشركات الوطنية بافتتاح نادى للأطفال المقيمين بالمستشفى، زود ببعض الألعاب وأجهزة إذاعة مرئية وتسجيل مرئى ومسموع.

ندوات تنظمها الوحدة أو شاركت فى تنظيمها :

١- ندوة أطفال مرضى السكر فى المجتمع "نظمتها الوحدة" بمستشفى الأطفال - بنغازى فى ١٩٨٩/١٢/١٧م شارك فيها أطباء من مختلف أنحاء الجماهيرية وبعض أولياء أمور الأطفال.

٢- ندوة نظمتها الوحدة مع أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنيا، بمقر معهد تنمية القدرات الذهنية - بنغازى - ١٩٨٩م.

٣- المشاركة فى الدورة الوطنية الأولى للعمل الاجتماعى التى نظمتها الأمانة العامة للهلال الأحمر الليبى عام ١٩٩٠م وشارك فيها مندوبون عن قيادة شبيبة الهلال الأحمر من مختلف فروع الجماهير.

٤- لقاءات متعددة فى الإذاعتين المرئية والمسموعة.

دراسات وأبحاث:

١- بدأت الوحدة بالتعاون مع بعض أطباء مستشفى الفاتح للأطفال بإجراء مسح طبى لكل الأطفال المقيمين بالمؤسسات الاجتماعية، وذلك لتحديد أسباب ودرجات الإعاقة لديهم.

وقد قطعت هذه الدراسة شوطاً لا بأس به لكنها لم تكتمل بعد.

٢- دراسة مقارنة بين الأطفال المقيمين مع عائلاتهم، والأطفال المقيمين داخل المؤسسات الاجتماعية، دار الطفل، البنين والبنات من النواحى الصحية والنواحى الاجتماعية والنفسية.

مشاريع عمل مستقبلية:

١- السعى إلى تنشيط عيادة الأمومة والطفولة، بحيث يتم من خلالها الكشف المبكر لحالات الإعاقة، والمتابعة الخاصة للأطفال المعرضين للأخطار نتيجة لظروف الحمل والولادة وما بعد الولادة.

٢- الدعوة إلى إنشاء معامل مركزية للتحليل العام الشامل للأطفال المواليد للكشف عن أمراض معينة فى مراحلها الأولى لكى يتسنى بالتالة بدء العلاج فى وقت مبكر ومنع الإعاقة والتخلف.

٣- العمل على افتتاح مراكز للعناية النهارية للأطفال ذوى الإعاقات والأمراض المزمنة يتم خلالها تقديم خدمات العلاج الطبيعى والتأهيل الحياتى ومعالجة النطق والعلاج النفسى والبرامج الترفيهية والتربوية. يعود بعدها الطفل إلى أسرته فى آخر النهار ليحيا فى جو

أسرى طبيعى وذلك أن وحدة صحة الطفل تؤمن بأن البيت – مهما كانت ظروفه – هو أفضل مكان ينمو فيه الطفل ويترعرع. وأن المؤسسات – مهما ارتقى مستواها – ستظل المكان الغير ملائم لتربية الطفل وتكوينه وبناء شخصيته. وذلك باستثناء الحالات القليلة التى تتطلب ظروفها الاستثناء من تطبيق هذا المبدأ.

إن الوحدة ترى أن افتتاح هذه المراكز سيخفف الضغط على المؤسسات الإيوائية ويقوى الرابطة والثقة بين الأسرة والمؤسسات، مما يحقق الفائدة للأسرة والمجتمع صحياً ومعنوياً ومادياً.

٤- افتتاح دور إيواء تطوعية لمدة قصيرة للأطفال المعوقين بإشراف تطوعى وذلك بهدف إعطاء الأسر فترات من الراحة والتخفيف عليها عند حدوث ظروف اجتماعية، خاصة كالأفراح والوفيات والسفر، وذلك بأن تحضر الأسرة طفلها للمؤسسة لمدة قصيرة تنتهى بانتهاء الظرف الاجتماعى. على أن تتعاون كل هذه الأسر على تسيير هذه المؤسسات بمساندة المتطوعين والأخصائيين الاجتماعيين.

٥- إقامة ندوة لدراسة الإعاقة والوقاية منها، تحضرها شخصيات عالمية تحت إشراف ودعم صندوق الضمان الاجتماعى تحت شعار "طفولة بدون إعاقة".

*****



الفصل الحادى عشر

رعاية المعوقين فى الجمهورية العراقية

انحصر تقديم الرعاية الاجتماعية للمعوقين فى العراق بوزارة العمل والشئون الاجتماعية واقتصرت وزارة التربية فى الآونة الأخيرة على فتح صفوف خاصة بالمعوقين ملحقة بمدارس التعليم العام فى أغلبية محافظات القطر.

ومن الجدول رقم (١) يتبين أن عدد المعاهد التى أنشأتها وزارة العمل والشئون الاجتماعية يبلغ ٢٩ معهدا لشتى أنواع الإعاقة. وأن أول معهد أنشيء فى سنة ١٩٤٩ وهو معهد رعاية وتأهيل المكفوفين فى بغداد وقد ضم هذا المعهد جميع المراحل الدراسية من التحضيرى إلى المهنى الذى يأتى بعد المرحلة المتوسطة.

وفى سنة ١٩٥٤ أنشأت الوزارة معهد الأمل للصم فى بغداد، وآخر المعاهد أنشئت فى سنة ١٩٨١ وبين هذين التاريخين أنشئت بقية المعاهد.

أما توزيع المعاهد حسب تاريخ إنشائها فقد اقتصرت فترة الخمسينات والستينات على إنشاء أربعة معاهد فقط من ضمنها المعهدين المشار إليهما سابقاً، وشهدت فترة السبعينات إنشاء سبعة معاهد اثنان منهما فى سنة ١٩٧٠ واثنان فى سنة ١٩٧٢ وواحد فى سنة ١٩٧٧ وواحد فى سنة ١٩٧٩.

وقد تميّزت فترة الثمانينات بنشاط غير عادى إذ أنشأت الوزارة فى سنتى ١٩٨٠ – ١٩٨١ سبعة عشر معهدا كان نصيب سنة ١٩٨٠ أحد عشر معهدا ونصيب سنة ١٩٨١ ستة معاهد، لاحظ الجدول رقم (١).

توزيع المعاهد على المحافظات:

أما بالنسبة لتوزيع هذه المعاهد على محافظات القطر فقد تركزت غالبية المعاهد فى محافظة بغداد إذ بلغ عددها حوالى (٢٠) معهدا وقد يرجع هذا التوزيع إلى أن السكان فى محافظة بغداد يبلغ حوالى ثلث السكان فى جميع أنحاء القطر.

توزيع المعاهد بالنسبة إلى نوعية الإعاقة:

أما بالنسبة لتوزيع المعاهد على نوعية الإعاقة فإن هناك ثمانية معاهد خاصة للتخلف العقلى فقط وأن أحد عشر معهدا قد خصصت للتخلف وإعاقات أخرى (كتخلف عقلى وإعاقة بدنية أو تخلف عقلى وإعاقة بصرية) وعلى هذا فإن مجموع معاهد التخلف العقلى مع إعاقة أخرى بلغ ١٩ تسعة عشر معهدا وبلغت نسبتها إلى جميع المعاهد حوالى ٦٥,٥% أما نسبة المعاهد المخصصة للإعاقة العقلية إلى جميع المعاهد فتبلغ حوالى ٢٧,٥%.

وقد بلغ عدد المعاهد المخصصة للمكفوفين معهدين فقط وبنسبة مقدارها حوالى ٧% من مجموع المعاهد.

وبلغ عدد المعاهد المخصصة للصم والبكم (الإعاقة السمعية) ٧ سبعة معاهد بنسبة مقدارها ٢٤% من مجموع المعاهد. وقد خصصت الوزارة معهدا واحدا لشلل الأطراف وشلل الدماغ والتشنج والبتر وبلغت نسبته إلى مجموع المعاهد ٣,٥%.

المدارس والفصول التى التحق بها المعوقون والتابعة لوزارة التربية:

لقد باشرت وزارة التربية العراقية بتجربة إدماج طلبة الإعاقة السمعية (الصم والبكم) بمدارس التعليم العام فى سنة ١٩٧٨ وقد بدأت بالتجربة فى بعض مدارس محافظة بغداد بنقل المعوقين إلى الصف (الفصل) الثانى بثلاث مدارس بلغ عددهم ٣٢ طالبا ثم توالى فتح هذه الفصول وتعميمها على تسع محافظات فى القطر وبلغ عدد المدارس المشمولة بهذه التجربة ٣٨ مدرسة وعدد الفصول المفتوحة فيها ٤٣ فصلا وخصص لكل فصل مدرس خاص وعليه فإن عدد المدرسين والمدرسات بلغ ٤٣ ثلاثة وأربعين.

وقد نالت محافظة بغداد القسط الأوفر من هذه التجربة إذ بلغ عـدد المدارس المشمولة ١٨ ثماني عشرة مدرسة تحتوى على ١٨ ثمانية عـشر فصلا و١٨ ثمانية عشر مدرسا متخصصا وقد بلغت نسبة هذه المدارس إلى مجموع المدارس المشمولة حوالى ٤٧% وبلغت نسبة الفصول المفتوحة فى محافظة بغداد حوالى ٤١,٨% من المجموع العام. وقد يعود هـذا التركيـز على محافظة بغداد إلى عاملين أساسيين:

١- وجود أغلبية مؤسسات رعاية المعوقين فى بغداد.

٢- وجود وزارة العمل والشئون الاجتماعية فى بغداد يمكنها من متابعة وتقويم التجربة بشكل أحسن مما لو فتحت فى بقية المحافظات.

الجدول رقم (١) يبيّن مؤسسات الإعاقة التابعة لـوزارة العمـل والـشئون الاجتماعية فى الجمهورية العراقية حسب تاريخ إنشائها:

المؤسســة	تاريخ الإنشاء	
	هجرى	ميلادى
معهد رعاية وتأهيل المكفوفين - بغداد	١٣٦٩	١٩٤٩
معهد الأمل - بغداد	١٣٧٤	١٩٥٤
معهد الرخاء - بغداد	١٣٨٨	١٩٦٨
مركز رقم (١٥) بغداد	١٣٨٩	١٩٦٩
معهد التأهيل المهنى للمعوقين	١٣٩١	١٩٧٠
معهد التأهيل المهنى (ورشة محمية) - بغداد	١٣٩١	١٩٧٠
مركز التأهيل المهنى فى الموصل	١٣٩٢	١٩٧٢
معهد البحث الخيرى لرعاية المعوقين - الرمادى	١٣٩٥	١٩٧٥
معاهد (١٧) تموز فى الأعظمية - بغداد	١٣٩٥	١٩٧٥
المؤسسة العامة للرعاية الاجتماعية	١٣٩٧	١٩٧٧

المؤسســـة	تاريخ الإنشاء	
	هجرى	ميلادى
مركز رقم (٢) الأعظمية – بغداد	١٣٩٩	١٩٧٩
معهد رقم (١٤) الحارثية – بغداد	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز رقم (٢) النجف الأشرف	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز التأهيل المهنى فى البصرة	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز رقم (١٠) لرعاية المعوقين فى بغداد	١٤٠٠	١٩٨٠
الورشة المحمية فى الوزيرية – بغداد	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز رعاية المعوقين فى كربلاء	١٤٠٠	١٩٨٠
المؤسسة العامة للرعاية الاجتماعية، مركز رقـم (١)- بغداد	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز رقم (٨) بغداد – الدورة	١٤٠٠	١٩٨٠
معهد رقم (٥) – بغداد	١٤٠٠	١٩٨٠
مركز رقم (١) – النجف الأشرف	١٤٠٠	١٩٨٠
معهد رعاية المعوقين رقم (١٢)	١٤٠٠	١٩٨٠
معهد رقم (١٨) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
مركز رعاية المعوقين – الشعلة – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
مركز رقم (١٧) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
مركز رقم (١١) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
مركز رقم (١٩) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
مركز رقم (٢٠) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١
معهد رقم (٦) – بغداد	١٤٠١	١٩٨١

مؤسسات الإعاقة المرتبطة بوزارة العمل والشئون الاجتماعية :

أولاً : مؤسسات التخلف العقلى :

١- تاريخ الإنشاء :

لقد بلغ عدد المؤسسات التى تقدم خدمات الرعاية الاجتماعية لهذا النوع من الإعاقة فقط ثمان مؤسسات واختلفت تسميتها بين معهد ومركز، وأن المعاهد والمراكز لهذا النوع من الإعاقة مختلطة لكلا الجنسين (الذكور والإناث).

أن أول مؤسسة لهذا النوع من الإعاقة أسست فى سنة ١٩٦٨ وهو معهد الرجاء فى بغداد وآخرها فى سنة ١٩٨١ وبين هذين التاريخيين توالى إنشاء بقية المعاهد والمراكز.

١- معهد الرجاء - بغداد - سنة ١٩٦٨م.

٢- مركز رقم ٢ - الأعظمية - بغداد - سنة ١٩٧٩م.

٣- معهد رقم ١٤ - الحارثية - بغداد - سنة ١٩٨٠م.

٤- مركز رقم ٢ - النجف الأشرف - سنة ١٩٨٠م.

٥- معهد رقم ٦ - بغداد - سنة ١٩٨١م.

٦- مركز رعاية المعوقين فى الشعلة - بغداد - سنة ١٩٨١م.

٧- مركز رقم ١٨ - بغداد - سنة ١٩٨١م.

٨- مركز رقم ١٧ - الثورة - بغداد - سنة ١٩٨١م.

شروط القبول فى هذه المؤسسات :

١- أن لا يكون قد جمع بين عاهتين.

٢- أن يكون عراقيا أو عربيا.

٣- أن يكون خاليا من الأمراض السارية.

٤- أن يكون متخلفا عقليا بموجب قرار صادر عن مركز تشخيص العوق.

٥- أن يلقح المتقدم ضد الجدرى والتيفوئيد.

٦- يتوقف سن القبول على المستوى التعليمى للمؤسسة ونوعية الخدمات المقدمة.

أ – المؤسسات التى تحتوى على المرحلتين التحضيرين والابتدائية فتشترط أن يكون السن بين ٤ – ١٢ سنة.

ب- المؤسسات التى تحتوى على المرحلتين الابتدائية والمهنى تشترط سن القبول بين ٦ – ١٦ سنة.

٢- الطاقة الاستيعابية لمؤسسات التخلف العقلى:

يتضح بأن الطاقة الاستيعابية للمؤسسات تتطابق مع أعداد المقبولين فيها. وقلة منها طاقتها الاستيعابية أعلى من أعداد المقبولين وقد أرجعت هذه القلة سبب عدم الإقبال عليها إلى ثلاثة أسباب هى:

١- النظرة الاجتماعية المتدنية للعوائل التى ترسل أطفالها المعاقين لمثل هذه المؤسسات الاجتماعية.

٢- عدم معرفة الأولياء بوجود مثل هذه المؤسسات.

٣- حداثة تأسيس المؤسسة.

٣- التجارب المستحدثة:

لقد طبق العراق وعلى مستوى واسع تجربة دمج الطلبة المعوقين عقليا بمدارس التعليم العام ولكن بصفوف منفصلة عن بقية الصفوف.

٤- المتخرجون من المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالتخلف العقلى:

أ- يلتحق المتخرجون من الطلاب بمركز التأهيل المهنى لإكمال تأهيلهم مهنيا وتعينهم فى المجالات المناسبة لعوقهم وقابلياتهم.

ب- وفرت لهم الدولة فرص العمل وذلك بفتح الورش المحمية الخاصة بهم.

ج- أما القوانين أو الأنظمة التى أصدرتها الدولة فقد أشارت المؤسسات إلى ما يلى:

- قرار مجلس قيادة الثورة رقم ٢٠٨ لسنة ١٩٨٠. الخاصة بتشغيل وتأهيل المعوقين وكذلك تعليمات مكتب النائب الأول لرئيس الوزراء بشأن تعليم المعوقين.
- قانون الرعاية الاجتماعية رقم ١٢٦ لسنة ١٩٨٠م.

مما تقدم يلاحظ أن العراق قد أعطى اهتماما خاصا بتأهيل المعوقين عقليا وكذلك بتشغيلهم فى سوق العمل وذلك من خلال القرارات والقوانين التى أصدرتها الدولة.

ثانياً: مؤسسات التخلف العقلى المشتركة مع أنواع أخرى من الإعاقة:

لقد بلغ عدد المؤسسات الخاصة برعاية المتخلفين عقليا وأنواع أخرى من الإعاقة إحدى عشرة مؤسسة. وأن أقدم مؤسستين أنشئتا فى سنة ١٩٧٠ وهما للتأهيل المهنى فى بغداد وبعد هذا التاريخ يأتى إنشاء معاهد ١٧ تموز فى الأعظمية ومعهد البعث الخيرى لرعاية المعوقين فى الرمادى وآخر المؤسسات أنشئت فى سنة ١٩٨١ وهى مركز رقم (١٩) فى السيديه/ بغداد أما بقية المؤسسات فقد أنشئت فى سنة ١٩٨٠، ويمكن تصنيف هذه المؤسسات إلى أربعة أصناف:

١- مراكز للتأهيل المهنى وتأهيل المعوقين عقليا مع بعض الإعاقات الأخرى.

٢- التخلف العقلى مع ضعف السمع والصم والبكر.

٣- التخلف العقلى مع مشكلة النطق والشلل وعاهات أخرى.

٤- التخلف العقلى مع الحالات المنغولية وضعف البصر والصم.

١- مراكز التأهيل المهنى:

أ- معهد التأهيل المهنى للمعوقين - مختلط - فى بغداد ويتعامل هذا المعهد مع الأشخاص المصابين بالتخلف العقلى مع إعاقات أخرى كالصم والبكم والشلل بأنواعه والشيزوفرينيا.

ب- الورشة المحمية فى تل محمد - مختلط - بغداد وتتعامل مع التخلف العقلى مع إعاقة أخرى كالصرع والشيزوفرينيا والشلل النصفى وضعف العضلات.

ج- مركز التأهيل المهنى فى البصرة - مختلط - البصرة.

د- مركز التأهيل المهنى فى الموصل - مختلط - الموصل - نينوى.

٢- التخلف العقلى مع ضعف فى السمع وصم وبكم:

وينطوى تحت هذا النوع مؤسستان هما:

أ- معاهد ٢١ تموز فى الأعظمية - مختلط - بغداد تتعامل معا لمستوى التحضيرى (ما قبل المدرسة الابتدائية) ثم المرحلة الابتدائية.

ب- مركز رعاية المعوقين فى كربلاء - مختلط - فى كربلاء. ويتعامل مع المرحلة الابتدائية فقط.

٣- التخلف العقلى مع مشكلة النطق والشلل وعاهات أخرى:

وينطوى تحت هذا الصنف أربع مؤسسات هى:

أ- مركز رقم (١٠) لرعاية المعوقين فى الكاظمية - بغداد مختلط - ويقبل الملتحقين فيه لمستوى ما قبل المرحلة الابتدائية (التحضيرى) والمرحلة الابتدائية.

ب- مركز رقم (١٩) فى السيديه – بغداد – مختلط ويتعامل مع التخلف العقلى مع شلل وعدم نطق وطلبته فى المستوى التحضيرى فقط.

ج- معهد البعث الخيرى لرعاية المعوقين فى الرمادى – محافظة الأنبار – مختلط ويتعامل هذا المعهد مع حالات التخلف العقلى والشلل النصفى والصم والبكم وبطئ التعلم. وهى فى مستوى المرحلة الابتدائية فقط.

د- مركز رقم (١١) مؤسسة الرعاية الاجتماعية فى الكريعات – بغداد – مختلط ويتعامل مع التخلف العقلى وشلل فيزيائى والصم والبكم والمكفوفين وهو فى مستوى المرحلة الابتدائية فقط.

٤- التخلف العقلى مع حالات منغولية وضعف البصر والصم والبكم:

وينطوى تحت هذا الصنف مؤسسة واحدة هى: الورشة المحمية فى الوزيرية – بغداد – مختلط – وتتعامل هذه الورشة مع التخلف العقلى وضعف البصر وصعوبة النطق وتخلف منغولى ومستواها المرحلة الابتدائية.

ثالثاً: مؤسسات الإعاقة السمعية:

١- تاريخ الإنشاء:

لقد بلغ عدد مؤسسات هذا النوع من الإعاقة سبع مؤسسات اختلفت تسميتها بين معهد ومركز. وأن أول معهد أنشئ للصم كان فى بغداد فى سنة ١٩٥٤ أطلق عليه معهد الأمل. وتوالى إنشاؤها على النحو التالى :

أ- معهد الأمل / بغداد ١٩٥٤م.

ب- معهد رقم (١٥) لرعاية المعوقين للصم والبكم فى الثورة/ بغداد ١٩٦٩م.

ج- مركز رقم (١) لضعاف السمع/ بغداد ١٩٨٠م.

د- معهد رقم (٥) لضعاف السمع/ بغداد ١٩٨٠م.

هـ- مركز رقم (٨) للصم والبكم وضعاف السمع/ الدورة/ بغداد.

و- مركز رقم (١) للصم والبكم وضعاف السمع وبطئ التعلم - النجف الأشرف ١٩٨٠م.

ز- معهد الشعلة للصم رقم (٢٠) - الشعلة / بغداد ١٩٨١م.

كما أشرنا سابقا فى المقدمة أن جميع المعاهد والمزاكز تقدم خدماتها لكلا الجنسين أى أن التعليم فيها مختلط.

شروط القبول فى مؤسسات الإعاقة السمعية :

١- أن يعانى الطفل المعوق من عاهة واحدة.

٢- أن يتم تشخيص حالة العوق من مركز تشخيص العوق.

٣- أن يكون عراقيا أو عربيا.

٤- أن يكون خاليا من الأمراض السارية بتقرير طبى.

٥- أما بالنسبة للسن فيتوقف على مستوى المرحلة:

أ- الروضة والتمهيدى : يقبل الأطفال المحصورة أعمارهم بين ٣ - ٦ سنوات.

ب- المرحلة الابتدائية : يقبل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة.

٢- التجارب المستحدثة :

أما بالنسبة للتجارب الحديثة فى مجال تعليم المعوقين فقد اتضح أن بعض المؤسسات قد طبقت تجربة دمج الطلبة المعوقين فى المدارس الاعتيادية العامة. إلا أن تجربة الدمج هذه لم تنجح بشكل جيد لذلك اضطر الطلبة إلى الرجوع إلى المعهد. وذلك لعدم توفر الأجهزة السمعية فى المدارس الابتدائية وعدم وجود الكادر المتدرب للعناية بالمعوقين.

رابعاً : مؤسسات الإعاقة البصرية :

١- تاريخ الإنشاء :

من الواضح أن مؤسسات الإعاقة البصرية لا تشكل إلا حوالى ٧% من مجموع مؤسسات الإعاقة فى العراق فهى مؤسستان فقط وكلتاهما فـى بغداد أنشئت الأولى فى سنة ١٩٤٩م وهى أقدم مؤسسات للإعاقة فى القطر والثانية أنشئت فى سنة ١٩٧٧ فى بغداد أيضاً، ويبلغ مجموع طلبة هـاتين المؤسستين ١٢٠ طالبا وطالبة فى جميع مستويات التعليم والتأهيل وهـاتين المؤسستين هما :

١- معهد رعاية وتأهيل المكفوفين / بغداد ١٩٤٩م.

٢- المؤسسة العامة للرعاية الاجتماعية للمكفوفين ١٩٧٧م.

تجربة وزارة التربية العراقية
فى
إلحاق الطلبة المعوقين بمدارس التعليم العام

لقد استجابت وزارة التربية فى العراق إلى التوصيات الصادرة عـن المؤتمرات والحلقات المتخصصة فى موضوع تعليم وتأهيل المعوقين، وذلك بإدماج بعض حالات الإعاقة مع الأسوياء بصفوف منفصلة فى مراحل التعليم العام من خلال تطويع المناهج العامة، مع اشتراكهم فى الصفوف العامة لمدة أربع ساعات أسبوعية فقط. ويمكن تلخيص جوانب وأبعاد التجربة بالنقـاط التالية:

أ- تتولى مديرية التربية الخاصة فى وزارة التربية مهام الإشراف على التجربة ومتابعة سير العملية التربوية فى جميع أنحاء القطـر ولهـا وحدها حق إصدار التعليمات والتوجيهات الخاصة بهذه التجربة.

ب- شكلت هيئة للتربية الخاصة فى كل محافظة تتكون من معاون المدير العام للتعليم الابتدائى وطبيبا للصحة المدرسية، ومشرف تربوى ومدير مدرسة واحدة من المدارس المشمولة بتجربة التربية الخاصة ورئيس وحدة التدريب فى مديرية تربية المحافظة، ورئيس شعبة البحوث والدراسات ومعلم أحد الصفوف الخاصة.

ج- شملت هذه التجربة الأطفال بطيئ التعلم وضعاف السمع من الذين تنحصر أعمارهم بين (٦ – ٩) سنوات أى بنفس الفئة العمرية المحددة بقانون التعليم الإلزامى.

د- فتحت صفوف خاصة لهؤلاء الأطفال ألحقت بمدارس التعليم الابتدائى.

ه- يكون مدير المدرسة (مديرة المدرسة) مسئولاً عن إدارة الصف الخاص وكذلك المدير العام للتربية فى المحافظة، وتخضع هذه الصفوف للإجراءات والتعليمات الإدارية التى تصدرها وزارة التربية بجميع أقسامها الأخرى إن لم تتعارض مع التعليمات الخاصة بهذه الصفوف.

و- يقوم المشرف التربوى (عضو هيئة التربية الخاصة) بمهمة الإشراف على هذه الصفوف، ويقدم تقارير شهرية عن سير التجربة إلى الهيئة كما ترفع هذه التقارير إلى المديرية العامة للتربية الخاصة فى الوزارة.

ز- يشترط فى المعلم أن يكون من خريجى معاهد إعداد المعلمين (سنتين بعد الثانوية) أو خريج كلية التربية وعلم النفس أو من معهد إعداد معلمى التربية الخاصة الذى باشر بتخريج أول دورة فى عام ١٩٨١م.

ح- الاتجاه العام فى هذه الصفوف هو إدماج المعوقين مع الأسوياء ضمن المرحلة الابتدائية (وما يليها فى المستقبل) من خلال دراسة المناهج نفسها (إلى حد ما) واشتراكهم لأربع ساعات أسبوعيا فى فصل واحد مع طلبة التعليم العام الأسوياء.

المحافظات المشمولة بالتجربة وعدد المدارس والفصول والطلبة والمعلمين:

لقد انطلقت التجربة فى سنة ١٩٧٨ أولا فى محافظة بغداد وذلك لقرب التجربة من مديرية التربية الخاصة فى الوزارة إذ يسهل مراقبتها وتقويمها وكذلك إلى تركيز أكبر عدد من مراكز الإعاقة فى بغداد. ثم توالى بعد هذا العام فتح المزيد من الصفوف الخاصة فى المحافظات الأخرى بحيث بلغ عدد المحافظات المشمولة ولغاية سنة ١٩٨١ تسع محافظات هى:

١- محافظة بغداد.
٢- محافظة ميسان.
٣- محافظة نينوى.
٤- محافظة بابل.
٥- محافظة ذى قار.
٦- محافظة القادسية.
٧- محافظة كربلاء.
٨- محافظة الأنبار.
٩- محافظة ديالى.

وبلغ مجموع المدارس المشمولة بهذه التجربة بجميع المحافظات ٣٨ مدرسة غالبية هذه المدارس مختلطة وقسم منها للإناث فقط. كما بلغ عدد الطلبة الملتحقين بهذه المدارس ٣٩٦ طالبا وطالبة يتوزعون على ٤٣ فصلا ويقوم على تعليمهم ٤٣ معلما وبذلك يكون معدل عدد الطلبة فى المدرسة

الواحدة حوالى ١٠ عشرة طلاب وطالبات ومعدل عدد الطلبة فـي الـصف الواحد حوالى ٨,٥ ثمانية ونصف ومعدل عدد الطلبة للمعلم الواحد حـوالى ٨,٥.

*****

هذا عن العراق قبل عام ١٩٩٠ أما بعد نهاية الحـرب العراقيـة – الكويتية وانسحاب الجيش العراقى من الكويت بعد هزيمتـه أمـام جيـوش التحالف الدولى، وفرض الأمم المتحدة الحصار الاقتصادى علـى الـشعب العراقى الشقيق فإن الأوضاع بعد عشرة سنوات فى العراق أصبحت سـيئة، وانهارت برامج الخدمات والرعاية الاجتماعية، فى الوقت الذى ارتفعت فيه أعداد المرضى والمعوقين، خاصة وان العراق قد خاض حربين متتاليتين مع إيران ومع التحالف الدولى بعد غزو الكويت نتج عنهما مئـات الآلاف مـن المعوقين ومشوهى الحرب وهم فى أشد الحاجة إلى برامج تأهيلية ورعايـة طبية واجتماعية ونفسية تمكنهم من التغلب على الآثار الناتجة عن إصـابتهم بالإعاقة.

وزاد الطين بله المقاومة العسكرية ضد التواجد الأمريكى فى العراق، والعمليات الإرهابية الطائفية التى تزداد باستمرار بـين الطوائـف الدينيـة والعرقية للشعب العربى العراقى وما يترتب عليهـا مـن آلاف المـصابين والمشوهين وغيرهم من القتلى وكان الله فى عون هذا الشعب العربى.



الفصل الثانى عشر

رعاية المعوقين فى مملكة البحرين

أولاً : واقع المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة فى مملكة البحرين :

بالرغم من أن نسبة المعاقين بين سكان البحرين منخفضة جداً بحيث لا تتجاوز ١% مقارنة بنحو ٢,٦% فى جميع الدول النامية، وبالرغم أيضاً من أن الدولة والمجتمع المدنى يقدمان رعاية متميزة لهذه الفئة من السكان وتعطيهم حقوقهم فى العمل والتدريب شأنها شأن الأسوياء تماماً، حيث تم إنشاء عدد من المراكز والدور يستفيد منها ذوو الإعاقات العقلية والحسية والجسدية، حيث تولت وزارة العمل والشئون الاجتماعية وحدها إنشاء أربعة مراكز لرعاية المعاقين، هذا بالإضافة إلى المراكز الأهلية الأخرى التى تقدم الخدمات النفسية والاجتماعية والتأهيلية لفئات محدودة من المعاقين، إلا أن مملكة البحرين فقد انضمت إلى اتفاقية تشغيل وتأهيل المعاقين العربية رقم ١٧ لعام ١٩٩٣م وذلك بموجب المرسوم بقانون رقم ٣ لسنة ١٩٩٦م، كما انضمت إلى اتفاقية العمل الدولية رقم (١٥٩) لسنة ١٩٨٣م الخاصة بالتأهيل المهنى والعمالة للمعوقين، حيث صدر المرسوم الأميرى رقم (١٧) لسنة ١٩٩٩ الذى يقضى ذلك، تأكيداً منها على رعاية وحماية حقوق المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة.

وقد شملت رعاية الدولة للمعاقين جانبين أساسين منطلقين من التعريف العلمى والصحيح للمفاهيم التالية: تعريف المعاق: هو الشخص المصاب بعجز كلى أو جزئى خلقى أو غير خلقى وبشكل مستقر فى أى من حواسه أو قدراته الجسدية أو النفسية أو العقلية إلى المدى الذى يحد من إمكانية تلبية متطلبات حياته العادية فى ظروف أمثاله من غير المعوقين.

تعريف ذوى الاحتياجات الخاصة: الشخص ذوى الاحتياجات الخاصة هو كل فرد لديه قصور فى القيام بدوره ومهامه بالنسبة لنظرائه من نفس السن والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والطبية، تلك الأدوار والمهام قد

تكون فى مجال التعليم أو اللعب أو التكوين المهنى أو العلمى أو العلاقات العائلية وغيرها.

أنواع الإعاقات: التخلف العقلى البسيط – التخلف العقلى الشديد – إعاقة حركية – كف البصر – ضعف السمع – إعاقة تخاطب كلية – إعاقة تخاطب جزئية – صم – الاضطرابات الانفعالية والوجدانية – صعوبات التعلم – المشكلات الصحية الخاصة والصرع.

تعريف عملية تأهيل المعاق: هو مجموعة الخدمات والأنشطة والمعينات الاجتماعية والنفسية والطبية والتربوية والتعليمية والمهنية التى تمكن المعوقين من ممارسة حياتهم باستقلالية وكرامة. أو بمعنى آخر هو العملية التى تشتمل على مجموعة متكاملة من البرامج والأنشطة التى تساعد الفرد المعاق على تنمية وتطوير قدراته وتحقيق القدر المناسب له من الاستقلالية التى تمكنه من ممارسة الحياة المختلفة.

أنواع التأهيل:

- التأهيل النفسى: هو التأهيل الذى يساعد الفرد المعاق على مواجهة المشكلات وتحديد أسبابها ومعالجتها.
- التأهيل الطبى: هو التأهيل الذى يعيد الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وظيفى ممكن من الناحية الجسدية والعقلية.
- التأهيل الأكاديمى: هو التعليم المصمم خصيصاً ليناسب حاجات الفرد المعاق.
- التأهيل المهنى: هو التأهيل الذى عن طريقة يحصل الفرد المعاق على الخدمات المهنية كالتوجيه والتدريب المهنى.
- التأهيل الاجتماعى: هو التأهيل الذى يساعد الفرد المعاق على التكيف الاجتماعى بغرض دمجه فى المجتمع.

الجوانب الأساسية لواقع رعاية مملكة البحرين للمعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة:

أ- **دمج المعاقين فى المجتمع وذلك من خلال الآتى:**

- توفير فرص التعليم والعمل لهم، فمن حيث التعليم هناك مدارس خاصة لتعليم المعاقين، كما بدأت وزارة التربية والتعليم تطبيق أساليب دمج التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة فى المدارس العادية.
- من حيث التوظيف يشتمل قانون العمل البحرينى فى القطاع الأهلى تنظيماً خاصاً للمعاقين من شأنه توفير الحماية القانونية اللازمة لهم، حيث تولى وزارة العمل أهمية قصوى لاستيعاب المعاقين فى سوق العمل حيث يقع على شركات ومؤسسات القطاع الخاص التزام بتوظيف نسبة معينة من ذوى الاحتياجات الخاصة، ويشمل هذا الإلزام أيضاً وزارات الدولة وهيئاتها وأجهزتها، كما اتخذت وزارة العمل بعض الخطوات لتفعيل وتشجيع وتطبيق هذا القانون، وذلك باحتساب من يتم توظيفه من المعاقين، فى إطار نسبة البحرنة التى تلتزم بها الشركات والمؤسسات.

ب- **رعاية المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة من خلال ما يلى:** قيام الدولة بتقديم مختلف خدمات الرعاية للمعاقين ولذوى الاحتياجات الخاصة، وتوفر لهم المراكز ودور الرعاية المجهزة بأحداث الأجهزة سواء لإيواء الأطفال ذوى التخلف الشديد أو تقديم الرعاية النهارية لذوى الإعاقات الجسدية والذهنية البسيطة والمتوسطة، بالإضافة إلى تقديم الإرشادات والرعاية لأسر المعوقين، كما يساهم القطاع الخاص بالمملكة فى توفير الدعم المادى وبناء مراكز التأهيل وتجهيزها.

مؤسسات التأهيل الاجتماعي لذوى الاحتياجات الخاصة فى مملكة البحرين:

- مركز بنك البحرين والكويت للتأهيل: تم افتتاح مركز بنك البحرين والكويت للتأهيل فى عام ١٩٩٢م، الذى يعتبر امتدادا لوحدة الورش المحمية بمركز التأهيل التى بدأت خدماتها فى عام ١٩٨٠م لتقديم كافة الخدمات للمعاقين غير القادرين على العمل فى الظروف الاعتيادية فى سوق العمل، وذلك بإتاحة المجال للتدريب لهم فى الورش المحمية على الحرف المهنية التى تناسب مستواهم وقدراتهم الجسمية.

أهداف مركز بنك البحرين والكويت للتأهيل:

- تأهيل الشباب المعاقين من خلال برامج وخطط فردية تناسب مستواهم وقدراتهم.
- تشجيع الشباب على المشاركة وتدريبهم على توظيف إمكانياتهم والاعتماد على النفس فى أمور الحياة العامة.
- تطوير المهارات لدى الشباب من خلال أعمال مهنية بسيطة تلائم مستوياتهم.
- إتاحة فرص العمل للشباب المعاقين – مركز شيخان الفارسى للتخطاب الشامل: مركز شيخان الفارسى للتخاطب الشامل مؤسسة اجتماعية شاملة تتبع إدارة الرعاية والتأهيل الاجتماعى بوزارة العمل والشئون الاجتماعية وتأسس عام ١٩٧٩م، وهو امتداد لوحدة العجز السمعى بمركز التأهيل والذى تأسس عام ١٩٨٠م.

يوفر المركز برامج تأهيلية مبكرة لذوى العجز السمعى مشتملة على جميع المناهج المطبقة فى وزارة التربية والتعليم بعد إجراء التعديلات عليها، متبعين طريقة التخاطب المتكاملة، كما يوفر الخدمات الاجتماعية والنفسية والصحية والترفيهية والثقافية والرياضية.

أهداف مركز شيخان الفارسى للتخاطب الشامل:

- تشخيص حالات ذوى العجز السمعى للكشف عن استعدادهم وقدراتهم العقلية والسمعية.
- تدريب الأطفال على استعمال اللغة الكلامية وفق برامج مكثفة فى التدريبات السمعية والنطقية واللغوية.
- تعليم الأطفال أكاديمياً وفق أساليب التعلم الحديثة وطرق التخاطب الشامل) التنطيق، القراءة والكتابة، قراءة الشفاة، لغة الإشارة، أبجدية الأصابع).
- دمج الأطفال ضعاف السمع والقادرين على التحصيل العلمى الاعتيادى فى المدارس العادية بعد تأهيلهم لغوياً وسمعياً.
- تدريب أسر الأطفال على كيفية التفاهم والتعامل مع أبنائهم.
- مركز التأهيل الاجتماعى: مركز التأهيل الاجتماعى مؤسسة اجتماعية تتبع إدارة الرعاية والتأهيل الاجتماعى بوزارة العمل والشئون الاجتماعية تم افتتاحه فى إبريل عام ١٩٨٠م لتقديم الخدمات التأهيلية والتربوية والمهنية للأطفال والشباب ذوى التخلف البسيط والمتوسط.
- تشخيص حالة المعاق للكشف عن استعداداته وقدراته الجسمية والحسية لرسم برامج الرعاية والتوجيه التربوى والمهنى لتنمية تلك القدرات.

- تدريب المعاق على اكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية عن طريق برنامج تعليمى يتكيف مع مظاهر الإعاقة المختلفة.
- تدريب المعاق على اكتساب المهارات المهنية اللازمة لتأهيله للالتحاق بوظيفة أو ممارسة عمل مناسب وتحقيق قدر مناسب من الاستقلال الاقتصادى والتوافق المهنى عن طريق برنامج للتوجيه والإعداد والتدريب المهنى يتناسب مع ميول المعاق من ناحية واحتياجات سوق العمل.
- تنمية الوعى الصحى واكتساب العادات الصحية السليمة عن طريق برنامج متكامل للتربية الصحية والوقاية من الأمراض والحوادث.
- تنمية وتشجيع مجموعة الميول والمهارات لدى المعوقين مما يساعدهم على إثراء حياتهم ويشغل أوقات فراغهم عن طريق برامج للأنشطة الترفيهية والترويحية والاجتماعية.
- تحقيق التكيف الاجتماعى والاستقلال الذاتى وتنمية الشعور بالقيمة الذاتية والتوافق النفسى عن طريق برنامج متكامل للإرشاد والتوجيه والصحة النفسية.
- اقتراح وإجراء الدراسات والمسوحات والأبحاث المتعلقة بالمعاقين لتخطيط الخدمات المستقبلية لهم.
- العمل على إنشاء وتشجيع الجمعيات التعاونية والإنتاجية للمعاقين وإقامة المعارض والندوات التى تبرز أنشطتهم ومشاركتهم المهنية.
- المعهد السعودى البحرينى للمكفوفين: وهو معهد إقليمى ومقره البحرين ويقدم هذا المعهد تدريباً تربوياً وبرامج ثقافية بالإضافة إلى الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية لكفيفى أو ضعاف البصر من البنين والبنات فى سن التعليم ويتم التعليم الأكاديمى للمكفوفين بنفس النظم المتبعة فى تعليم الأسوياء فى المدارس الحكومية من حيث بنية

التعليم والمناهج للمرحلتين الابتدائية والإعدادية. وعند إتمام الطالب للمرحلة الإعدادية يتم تحويله إلى المدارس الثانوية العادية التى تقدم له الرعاية الخاصة ويتم التدريس فى المعهد باستخدام طريقة برايل.

- معهد الأمل: يتبع هذا المعهد جمعية رعاية الطفل والأمومة التى قامت بتأسيسه بغرض سد حاجة المجتمع فى إيجاد خدمات تربوية متخصصة فى مجال التربية الخاصة ويُقبل فى هذا المعهد الطفل أو الطالب المتخلف تخلفاً بسيطاً غير مصحوباً بإعاقة أخرى إلى جانب التخلف العقلى من سن (٦- ١٢) سنة فى القسم التربوى ومن سن (١٢ – ١٥) سنة فى القسم المهنى ويتم تصنيف الطلبة حسب قدراتهم التعليمية وليست المراحل الدراسية ويقدم معهد الأمل أيضاً خدمات فردية للمتخلفين عقلياً من خلال تصميم خطة تربوية فردية وخطة تعليمية فردية لكل طالب باستخدام مناهج خاصة تتلاءم مع قدراتهم واحتياجاتهم والتى تشتمل على مهارات مختلفة مثل الحساب واللغة والمهارات الاجتماعية والحركية.
- المؤسسة الوطنية لخدمات المعوقين: مؤسّسة وطنية خاصة عام ١٩٩٢م، وتهدف هذه المؤسسة إلى رعاية وتأهيل المعوقين وتمارس المؤسسة لتحقيق هذا الغرض كافة الأنشطة اللازمة، جاءت المؤسسة استمرار وامتداد للجنة الوطنية للمعوقين التى تأسست فى عام ١٩٨٤م وقد تم تحويلها إلى هذا المسمى اعتبار من ١١ مايو ١٩٩٢م، وترمى إلى رسم السياسة العامة لتأهيل المعوقين واقتراح التشريعات وإعداد الأبحاث والدراسات.

أهداف المؤسسة الوطنية لخدمات المعوقين: تهدف المؤسسة إلى تأهيل ورعاية المعوقين من خلال الوسائل التالية:

١- اقتراح السياسة العامة لرعاية المعوقين.

٢- اقتراح التشريعات اللازمة لرعاية وتأهيل المعوقين.

٣- إعداد الدراسات عن المعوقين فى البحرين.

٤- تأسيس المشروعات اللازمة لتمويل أنشطة رعاية وتأهيل المعوقين.

٥- التعاون مع المؤسسات القائمة فى البلاد والإقليمية والعالمية العاملة فى مجال المعوقين أو ذات العلاقات بأهداف المؤسسة.

٦- اقتراح الإجراءات اللازمة لتنفيذ برنامج العمل العالمى للمعوقين.

٧- إقامة الندوات والمؤتمرات المتخصصة ذات العلاقة برعاية وتأهيل المعوقين - الجمعية الخليجية للإعاقة: لقد كانت الحاجة الملحة إلى طريق التعاون بين دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية فى مجال الإعاقة والمعوقين فقد تم اجتماع تنسيقى بين المراكز والجمعيات والأفراد المهتمين بالمعوقين بمدينة الرياض بتشكيل جمعية خليجية للإعاقة بدول مجلس التعاون. فقد احتضنت البحرين الاجتماع الأول فى عام ١٩٩٩م لإقرار النظام الأساسى، وكذلك الاجتماع الثانى للمؤسسين فى عام ١٩٩٩م، لانتخاب أول مجلس إدارة للجمعية الخليجية، وبناءً على ذلك فقد تم إشهارها الجمعية الخليجية للإعاقة بدول مجلس التعاون فى عام ١٩٩٩م، بحيث تكون مدينة المنامة بمملكة البحرين مقرها ومركز إدارتها.

أهداف الجمعية الخليجية للإعاقة : تقوم الجمعية بالعمل على تحقيق الأهداف التالية :

١- توحيد الجهود المبذولة فى مجال الإعاقات بين دول مجلس التعاون الخليجى بالتنسيق مع الجهات المعنية.

٢- توفير قاعدة معلومات لذوى الإعاقة وإصدار المطبوعات والدوريات.

٣- إيجاد أفضل الوسائل والمساعدات لتوفير وتطوير الخدمات التى تقدم للمعاقين فى دول المجلس بالتنسيق مع الجهات المعنية.

٤- السعى لدى دول مجلس التعاون الخليجى لتطوير التشريعات وسن القوانين والأنظمة الخاصة بحقوق المعاقين.

٥- تقديم الإرشادات اللازمة فى مجالات الإعاقة والتعاون فى تقييم مستوى ونوعية الخدمات المقدمة فى هذا الشأن.

٦- السعى لدى دول مجلس التعاون الخليجى لتنمية وتطوير المؤسسات والجمعيات والاتحادات فى مجال الإعاقة.

وتسعى الجمعية لتحقيق أهدافها بالوسائل التالية :

١- إنشاء مركز معلومات فى مجال الإعاقة.

٢- إقامة المؤتمرات، وعقد الندوات واللقاءات العلمية فى مجال عمل نشاط الجمعية.

٣- إصدار نشرات دورية وكتب ودراسات متخصصة فى مجال الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجى.

٤- إصدار البحوث والدراسات وتقديم الاستشارات الفنية.

٥- إصدار مجلة علمية تعنى بنشاط عمل الجمعية.

٦- إقامة العلاقات الوثيقة مع المجالس العلميـــة والمنظمـــات العربيـــة والدولية المختصة بالإعاقة.

٧- توثيق الصلات بين الجمعيات والهيئات المهتمة بشئون الإعاقة بدول مجلس التعاون الخليجى.

ثانياً : التشريعات الدولية وحقوق المعاقين :

صدر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة عدد من التشريعات الخاصة بحقوق المعاقين منها:

- القرار ٣٠٥ لعام ١٩٥٠م بشأن التأهيل الاجتماعى للمعاقين جسدياً.
- القرار ٢٥٤٣ لعام ١٩٦٩م بشأن النهـوض الاجتمـاعى والتنميـة وحماية حقوق المعاقين جسدياً وعقلياً.
- القرار ٢٨٥٦ لعام ١٩٧١م بشأن حقوق الأشخاص المتخلفين عقلياً.
- القرار ٣٤٤٧ لعام ١٩٧٥م بـشأن الحقـوق المتكافئـة للأشـخاص المعاقين مع غيرهم من البشر.
- القرار ٢٣/٣١ لعام ١٩٧٦م بـإعلان عـام ١٩٨١م عامـاً دوليـاً للأشخاص المعاقين.
- القرار ٥٢/٣٧ لعام ١٩٨٢م بشأن برنامج العمل العـالمى المتعلـق بالمعاقين، بالإضافة إلى إعلان الفترة ١٩٨٢- ١٩٩٢م عقداً دوليـاً للمعاقين.
- القرار ٩٦/٤٨ لعام ١٩٩٣م بشأن القواعد الموحدة لتحقيـق تكـافؤ الفرص للمعاقين.

ثالثاً: التدابير المقترحة لتفعيل دور السلطة التشريعية فى مجال سن التشريعات والقوانين لخدمة المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة:

لقد بذلت السلطة التشريعية بمملكة البحرين بغرفتيها مجلس الشورى ومجلس النواب جهودا كبيرة فى مجال سن التشريعات والقوانين التى تخدم المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة وتحمى حقوقهم، فقد صدر مؤخرا مشروع قانون التعليم بعد موافقة مجلسى الشورى والنواب عليه والذى يشير فى بعض مواده إلى أهمية متابعة تقدم ذوى الاحتياجات الخاصة فى التعليم ودمج القادرين منهم فى التعليم النظامى الحكومى (انظر مشروع قانون التعليم فى الملحق رقم (١)). كما تقدم عدد من أعضاء مجلس النواب باقتراح بقانون بشأن رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة، والذى يدرس حاليا فى لجان المجلس المختصة) انظر الاقتراح بقانون بشأن رعاية وتأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة فى الملحق رقم (٢).

كما نتمنى أن تقوم السلطة التشريعية فى مملكة البحرين وفى جميع الدول العربية باتخاذ التدابير التالية للارتقاء بالخدمات التى تقدمها الدولة ومؤسسات المجتمع المدنى للمعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة:

- حث وتشجيع الحكومات ومنظمات المجتمع المدنى العربية للمشاركة فى وضع اتفاقية دولية شاملة ومتكاملة لحماية وتعزيز حقوق المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة.
- إلزام الدول العربية التى لم توقع على الاتفاقيات الدولية الخاصة بالتأهيل والعمل، للتوقيع عليها والالتزام بها.
- وضع تشريعات وسياسات خاصة تستهدف ضمان حقوق المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة وتكافؤ الفرص والعمل على تفعيل

التشريعات الحالية وتطبيقاتها من أجل تقديم أفضل الخدمات للمعوقين.

- القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة بالاعتماد على مبدأ المساواة وتعزيز اعتماد المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة على ذاتهم واستقلاليتهم ومشاركتهم الكاملة فى جميع مجالات الحياة.
- حث الحكومات ومنظمات المجتمع المدنى على إشراك المعوقين عند وضع الاستراتيجيات الوطنية والإجراءات النظامية الخاصة بهم وذلك للوقوف على احتياجاتهم.
- السعى لوضع القوانين التى من شأنها أن تسهم فى توفير بيئة خالية من العوائق لدمج المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة بصورة طبيعية فى المجتمع، وذلك من أجل حرية التنقل واستخدام وسائل الاتصال المختلفة. التأكيد على حق المعوقين وذوى الاحتياجات الخاصة فى الحصول على تعليم مناسب وملائم لقدراتهم من أجل تحسين فرص تنمية قدراتهم واستقلالهم ومشاركتهم، وذلك عن طريق حث الحكومات على توفير بيئة ملائمة وشاملة تحتوى على المعينات والكوادر والوسائل والتأهيلية المختلفة لخدمتهم.
- السعى لن القوانين التى من شأنها أن توفر الخدمات المجانية سواء الطبية أو العلاجية أو التأهيلية أو الرعاية الصحية وخدمات إعادة التأهيل الصحى للمعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة.
- إلزام الحكومات بالسعى لخلق برامج تدريب مهنى ملائمة وبرامج التشغيل للمعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة.

- دعم مؤسسات المجتمع المدنى فى عملية التوعية والإرشاد الأسرى والاجتماعى بهدف تغيير المفهوم السلبى السائد حول الإعاقة بما يضمن تحقيق التأهيل المجتمعى.
- دعم مراكز الأبحاث وتشجيعها على وإعداد وتنفيذ أبحاث متخصصة فى مختلف المجالات ذات الصلة بالمعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة وإنشاء قواعد معلومات للاستفادة منها عند التخطيط لبرامج المعوقين.
- عقد الندوات وورش العمل الخاصة بقضايا ذوى الاحتياجات الخاصة وذلك بالتعاون مع البرلمانات العربية والدولية مثل منظمة اليونسكو واليونيسيف وذلك لوضع رؤية مستقبلية وتحديد الأولويات المشتركة بين الدول والتنسيق والتعاون بينها للاهتمام بتعليم الصغار والكبار وتأهليهم ليتوصلوا للاعتماد على أنفسهم.
- إلزام الحكومات على وضع استراتيجيات ورسم سياسات علمة لرعاية وتأهيل المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة بما يكفل اندماجهم فى المجتمع والحياة الأجتماعية.
- تشجيع المبادرات العربية والإقليمية والدولية فيما يتعلق بقضايا المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة، ودعم جمعيات التأهيل القائمة وإنشاء جمعيات جديدة للتأهيل تتناسب مع روح العصر، بالإضافة إلى التشجيع على إعداد الكوادر المؤهلة للعمل مع المعاقين.
- إلزام الحكومات على وضع استراتيجيات ورسم سياسات عامة لرعاية وتأهيل المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة بما يكفل اندماجهم فى المجتمع والحياة الاجتماعية.
- تشجيع المبادرات العربية والإقليمية والدولية فيما يتعلق بقضايا المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة، ودعم جمعيات التأهيل القائمة

و انشاء جمعيات جديدة للتأهيل تتناسب مع روح العصر، بالإضافة الى التشجيع على إعداد الكوادر المؤهلة للعمل مع المعاقين.

- الزام الحكومات على إعادة تقييم منجزات كافة الجهات الحكومية العاملة فى مجال المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة، لتطوير البرامج والمشروعات الموجهة لهذه الفئة وتطوير مستوى الأداء فيه

- اقتراح تعديل التشريعات التى تتعارض مع حقوق المعاقين أو تتضمن تسميات غير مناسبة لا تنسجم مع أهداف ومبادئ الرعاية والتأهيل والاندماج فى المجتمع.

رابعا : الأطر العملية لحماية حقوق المعاقين وذوى الاحتياجات الخاصة وتفعيل دورهم فى المجتمعات العربية :

- تغيير نظرة المجتمع للإعاقة وتغيير نظرة المعاق لنفسه.
- إدراج قضية الإعاقة على سلم أولويات الحكومات العربية وتوفير الاعتمادات اللازمة لها.
- منح المعاقين ومرافقيهم تخفيضات بنسبة لا تقل عن ٥٠% على وسائل النقل البرية والبحرية والجوية عند الانتقال داخل الدولة أو بين الدول العربية.
- منح تسهيلات وإعفاءات جمركية للأجهزة والمعينات اللازمة لتسهيل حياة المعاقين ودمجهم فى المجتمع. دعم وتسهيل إنشاء جمعيات للأشخاص المعاقين وضرورة تمثيلها فى الهيئات أو المجالس العليا للإعاقة لضمان المشاركة الفعالة فى رسم السياسات ووضع الخطط والبرامج للنهوض بالمعاقين.

- إنشاء/ تفعيل دور وأداء اللجان أو المجالس أو الهيئات العليا للتأهيل، المعنية بوضع السياسات والخطط والبرامج الوطنية للنهوض بأحوال الأشخاص المعاقين.
- تطوير آليات رصد إعداد الأشخاص المعاقين حسب السن والجنس والموقع الجغرافي ونوع الإعاقة من خلال إصدار بطاقة المعاق والتعدادات السكانية الدورية والبحوث والدراسات الميدانية.
- تطوير وتحسين الخدمات والبرامج الحكومية والأهلية القائمة لتلبية احتياجات الأشخاص المعاقين، توحيد مصطلحات وتعريفات وتصنيفات الإعاقة.
- تأمين الاستفادة من التكنولوجية الحديثة في برامج تدريب وتأهيل المعاقين.
- دعم أسرة المعاق مادياً ومعنوياً وتزويدها بالمعلومات والتقنيات الحديثة اللازمة.
- إجراء الدراسات والأبحاث حول قضية الإعاقة وتأمين التمويل اللازم لها وتسليط الأضواء على إعاقات تطور النمو الارتقائي.
- تطوير مهارات وقدرات العاملين مع الأشخاص المعاقين في مجالات التأهيل التربوي والاجتماعي والنفسي والطبي والمهني.
- توفير الظروف المناسبة لنجاح مبدأ الدمج الشامل للمعاقين في الفصول العادية وفي المجتمع ومواقع العمل والسكن والنوادي الاجتماعية والثقافية والرياضية.
- ضمان التمثيل للأشخاص المعاقين في المجالس النيابية وفي المجالس المحلية وعلى المستويات كلها.
- اقتصار المؤسسات الإيوائية على شديدي الإعاقة وذوي الظروف الاستثنائية حتى تنضج ظروف دمجهم في المجتمع.

- تفعيل وإصدار التشريعات التى تضمن حق المعاق فى الدمج الاجتماعى والمساواة مع باقى فئات المجتمع. العمل على تفعيل وإصدار القوانين الوطنية التى تكفل التحاق الأشخاص المعاقين بالعمل فى المؤسسات الحكومية والقطاع الخاص.
- تفعيل وإنشاء المجالس أو الهيئات الوطنية المعنية بشؤون الأشخاص المعاقين.
- إصدار بطاقة للمعاقين مع بيان يوضح أوجه استعمالها، ضمان حق الإنسان المعاق فى العلاج والتأهيل الطبى، ضمان حق الشخص المعاق فى التعليم عن طريق إصدار التشريعات اللازمة لضمان دمج الشخص المعاق فى المؤسسات التعليمية.
- الالتزام بتشغيل نسبة ملائمة من المعاقين المؤهلين فى القطاعين العام والخاص، والتأكيد على حق الشخص المعاق فى الحصول على السكن المؤهل والملائم لأوضاعه واحتياجاته.
- تأمين حق الإنسان المعاق فى ارتياد الأماكن العامة العلمية والثقافية والفنية والرياضية وغيرها.
- إعفاء سيارات الأشخاص المعاقين والأجهزة التعويضية الخاصة بهم من الضرائب الجمركية.



الفصل الثالث عشر

رعاية المعوقين فى دولة الإمارات العربية المتحدة

قامت وزارة التربية والتعليم والشباب بأعباء رعاية الأطفال المعوقين من خلال فصول خاصة ملحقة بمدارس التعليم العام. أما الرعاية الكاملة لهم فقد وضعت وزارة العمل فى دولة الإمارات العربية المتحدة خطتها فى هذا الصدد وتنقسم إلى مرحلتين:

١- المرحلة الأولى والتى أطلقت عليها اسم الخطة قصيرة المدى ويتلخص مداها بإنشاء دارين لرعاية وتأهيل المعوقين واحدة فى أبو ظبى والثانية فى دبّى تستوعب كل واحدة منهما حوالى ١٣٠ حالة للأطفال بين سن ٤ - ١٦ سنة وتغطى جميع أنواع الإعاقة.

٢- المرحلة الثانية والتى أطلق عليها الخطة بعيدة المدى ويتلخص مداها بإنشاء مدينتين متكاملتين لرعاية وتأهيل المعوقين فى كل من أبوظبى ودبىّ تستوعب كل منهما ١٠٠٠ حالة ويشمل القبول فيها من عمر سنتين فما فوق وتغطى جميع أنواع الإعاقة.

وبالنظر لعدم استكمال المرحلة الأولى لذلك فقد أخذت وزارة التربية والتعليم والشباب على عاتقها أعباء تحمل رعاية حالات الإعاقة. وقامت الإدارة العامة للخدمات الاجتماعية والتربوية فى الوزارة فى سنة ١٩٨٠م. بإجراء دراسة مسحية لحصر حالات الإعاقة فى مدارس الدولة. واستنادا إلى نتائج الدراسة تم إنشاء خمسة فصول للمعوقين فى كل من أبو ظبى ودبىّ والعين كمرحلة أولى يطور هذا العدد بما يلائم الحاجة إلى فتح المزيد من هذه الفصول مع تهيئة جميع مستلزمات نجاحها من حيث المعلمين والأجهزة المساعدة الضرورية.

كما أصدرت دائرة الخدمات الاجتماعية والنفسية فى الوزارة لائحة التربية الخاصة التى حددت وعالجت العديد من النقاط ومن أبرزها ما يلى:

١- أهداف فصل التربية الخاصة.

٢- عدد الطلبة فى الفصل الواحد بحيث لا يزيد عن ١٢ طالبا وفى حالات شديدة الإعاقة لا يزيد عن ٨ ثمانية.
٣- أسس اختيار الطلبة.
٤- أسس الانتقال والنجاح.
٥- علاقة الإدارة المدرسية بالفصل.
٦- علاقة الإخصائى الاجتماعى بالفصل.
٧- مهام مدرس فصل التربية الخاصة.

فصول التربية الخاصة:

لقد قامت وزارة التربية والتعليم والشباب / دائرة الخدمات الاجتماعية والنفسية فى سنة ٧٩ - ١٩٨٠م، بفتح خمسة فصول للإعاقة العقلية فى كل من أبو ظبى والعين ودبىّ وزادت أعداد هذه الفصول حتى وصلت فى سنة ١٩٩٠ إلى عشرون فصلاً.

لم توفر إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية البيانات المطلوبة، إنما اكتفت بذكر إجمالى لما هو موجود لديها لذلك فستعرض الدراسة وبكل أمانة ما وصل من معلومات وبيانات.

لقد شملت تقديم الخدمات مستويين دراسيين هما مستوى ما قبل المرحلة الابتدائية (التحضير) وقد احتوى ٣٥ خمسة وثلاثين طالبا وطالبة موزعين على ١٣ ثلاثة عشر فصلاً. ومستوى التعليم الابتدائى وقد احتوى على ٩٨ طالبا وطالبة موزعين على ١٣ ثلاثة عشر فصلاً وبهذا يكون معدل عدد الطلبة فى الفصل الواحد فى المرحلة الابتدائية ٧,٣ طالبا وطالبة بينما يبلغ معدل عدد الطلبة للصف الواحد فى مرحلة التحضيرى ٢,٧ طالبا وطالبة. ويقوم على تعليمهم ١٥ خمسة عشر معلماً. أما الرعاية الاجتماعية والنفسية والصحية فقد خصص لهم ما يلى:

أ- ١٣ ثلاثة عشر مشرفا تربويا (نفس المشرف التربوى للمدرسة).

ب- ١٣ ثلاثة عشر أخصائياً إجماعياً (نفس الأخصائى الاجتماعى للمدرسة).

ج- ١٣ ثلاثة عشر أخصائيا نفسيا.

د- ٢ أخصائيا قياس سمع.

ه- ١٣ ثلاثة عشر مشرفا صحيا (نفس المشرف الصحى للمدرسة).

و- ١٣ ثلاثة عشر طبيباً (طبيب المدرسة نفسه).

مما تقدم يبدو أن الإدارة قد استفادت من الإمكانيات البشرية المتاحة فى المدارس وعينت لهم فقط المعلمين المدربين واثنين من أخصائى قياس السمع.

ولما كان الهدف من هذه الفصول دمج الطلبة المعوقين بالأسوياء لذلك تجرى عمليات دمج الطلبة فى بعض الدروس والنشاطات اللاصفية مثل الرياضة البدنية والموسيقى والرسم ويفصلون فى الدروس الأكاديمية الأخرى.

ولابد وأن نذكر هنا المجهودات الكبيرة التى تقوم بها وزارة التنمية الاجتماعية فى إنشاء العديد من مراكز رعاية وتأهيل المعوقين فى أبو ظبى ودبى، والمراكز التى أنشأتها وزارة الداخلية لتأهيل وتشغيل ذوى الاحتياجات الخاصة، هذا بالإضافة إلى المشروعات الضخمة التى أنشئت فى دولة الإمارات العربية المتحدة مثل: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، مشروع تكامل فى دبى، مؤسسة زايد العليا للرعاية الإنسانية.



الفصل الرابع عشر

رعاية المعوقين فى سلطنة عمان

لقد بدأت وزارة التربية والتعليم فى سلطنة عمان سنة ١٩٧٩م بإنشاء أول مؤسسة للمعوقين أطلقت عليها مدرسة الأمل للصم بمنطقة العاصمة.

لم يشيد المبنى ليكون مؤسسة للمعوقين وهو عبارة عن دار سكنية ملائمة لحاجات المؤسسة فى الوقت الحاضر، ولكن لا يلبى حاجات التوسع والتطور من حيث عدد الغرف أو المساحات الإضافية للنشاط اللاصفى. يتكون المبنى من طابق واحد ويحتوى على تسع (٩) غرف وقاعدتين وتشرف وزارة التربية والتعليم إشرافاً كاملاً على هذه المدرسة، وتتعامل هذه المدرسة مع الصم والبكم فقط.

الطلبة وهيئة التدريب والمناهج:

المدرسة مختلطة لكلا الجنسين وتحتوى الآن على مستويين تعليميين هما:-

١- مستوى التعليم الابتدائى وفيه ١٧ سبعة عشر طالباً وطالبة يتوزعون على ثلاثة فصول.

٢- مستوى التعليم المهنى وفيه ٨ ثمانية طلاب وطالبة بفصل واحدة.

وتتلخص شروط القبول فى هذه المدرسة بالنقاط التالية:

١- ألا يقل سن الطالب أو الطالبة عن ٦ سنوات ولا يزيد عن ١٢ سنة.

٢- أن لا يكون مزدوج الإعاقة.

٣- أن يكون أصم أو أبكم أو ضعيف السمع طبقا للفحوصات الطبية والنفسية التى تجرى له.

٤- أن تكون الإعاقة غير مؤقتة.

٥- لا يتم القبول إلا بعد قضاء فترة ملاحظة أسبوعين على الأقل.

المناهج الدراسية :

بالرغم من عدم وجود طلبة فى المرحلة التحضيرية التى تسبق المرحلة الابتدائية إلا أن المدرسة قد نظمت برنامجا لمثل هؤلاء الأطفال. وكذلك مددت سنوات الدراسة فى المرحلة الابتدائية لثمان سنوات واقتصرت مرحلة التعليم المهنى على سنتين وفيما يلى المناهج المعتمدة للأطفال المعوقين فى هذه المدرسة.

أولاً : مرحلة الإعداد والتهيئة : (سنتان) :

فى هذه المرحلة يتعلم الطلاب مخارج الحروف وبعض الكلمات البسيطة اللازمة فى حياتهم العادية. وكذا بعض الأعداد الأولية بحيث يهيأ للدراسة الابتدائية مع بعض الألعاب التعليمية الترفيهية المختلفة التى تحبب الطلاب فى التواجد بالمدرسة.

ثانياً : المرحلة الابتدائية : (٨ سنوات) :

فى هذه المرحلة يدرس الطلاب والطالبات اللغة العربية بفروعها المختلفة وتدريب النطق – الحساب والمهارات العددية والهندسية.

التربية الاجتماعية (الجغرافيا والتاريخ والتربية الاجتماعية).

التربية الإسلامية (قرآن كريم – تفسير – عبادات).

العلوم ومشاهد الطبيعة والصحة العامة.

التربية الفنية والأشغال.

بعض مبادئ اللغة الإنجليزية.

ثالثاً : المرحلة المهنية التاهيلية : (سنتان) :

١- قسم الطباعة ويتعلم فيه الطلاب بعض أعمال السكرتارية بالإضافة إلى الطباعة.

٢- قسم التفصيل والخياطة (للبنات فقط).

٣- قسم التدبير المنزلى (للبنات فقط).

٤- قسم النجارة والوسائل التعليمية (للبنين فقط).

ولقد قامت وزارة التنمية الاجتماعية بسلطنة عمان بإنشاء مراكز لتأهيل ورعاية المعوقين، والمشاركة مع دول مجلس التعاون الخليجى فى تطبيق القواعد المعيارية الموحدة التى تبنتها هيئة الأمم المتحدة عام ١٩٩٠، وانتقلت بذلك قضية الإعاقة من نموذج الرعاية الطبية إلى مبدأ الحقوق والدمج والاندماج.

وتقوم دائرة رعاية المعوقين بوزارة التنمية الاجتماعية إلى وضع برامج للتأهيل المهنى لتدريب المعوقين بالسلطنة، بالإضافة إلى برامج سنوية يتم تنفيذها لتدريب المعاقين وتشغيلهم بكل من القطاع العام والخاص، والتنسيق التام بين لجنة مشتركة من وزارة القوى العاملة ووزارة التنمية الاجتماعية لتشغيل المعوقين.



الفصل الخامس عشر

رعاية المعوقين فى دولة قطر

لا يوجد فى دولة قطر أية مؤسسة مرتبطة بالدولة تعنى بخدمة المعوقين. وتتولى وزارة الصحة العامة إرسال الأطفال المعوقين إلى المؤسسات والمستشفيات ذات الاختصاص[1].

ولكن الجمعية القطرية لرعاية المعوقين التى تضم نخبة من وجهاء البلاد وأهل الخير، قد أنشأت مؤسسة للمعوقين فى سنة ١٩٨١م أسمتها معهد الأمل وإن هذه الجمعية تتلقى جميع المعونات اللازمة من الدولة.

وقد منحت الدولة قطعة أرض للجمعية من أجل إقامة مؤسساتها ومشاريعها عليها. كما قامت الجمعية بدورها بوضع الخرائط والتصاميم وقد تم الانتهاء من المرحلة الأولى مع نهاية ١٩٨٣م أما معهد الأمل الحالى فهو عبارة عن دار سكنية حديثة مستأجرة تفى بحاجات المعهد فى الوقت الحاضر ويقدم هذا المعهد خدماته لفئات الإعاقة التالية:-

١- تخلف بسيط.

٢- تخلف عقلى بسيط.

٣- صم وبكم.

٤- ضعف السمع.

الطلبة والفصول وهيئة التدريس والإدارة:

يقدم معهد الأمل خدماته للمعوقين من الذكور فقط ويشترط فى قبولهم أن تكون أعمارهم محصورة بين ٦ - ١٤ سنة وأن لا يقل مستوى ذكاء الواحد منهم عن ٥٠ ولم يحدد المقياس الذى يستعمل لقياس الذكاء.

لقد بلغ عدد طلابه ١٤٠ مائة وأربعون طالبا موزعين على ستة فصول أى بمعدل ٧ سبعة طلاب للفصل الواحد. ويقوم على تعليمهم ثمانية من المعلمين الذين لهم خبرة طويلة فى مجال التربية الخاصة، إذ أن أربعة

---

[1] خطاب وزارة العمل والشؤون الاجتماعية رقم ٤٠١/٧٦٥ فى ١٤٠١/٤/٢٨هـ الموافق ١٩٨١/٣/٤م.

منهم تتراوح مدة خدمة كل واحد منهم بين ١٤ - ١٦ سنة واثنين منهما لكل واحد ٢٠ (عشرون سنة) وللسابع منهم ٢٣ ثلاثة وعشرون سنة ولثامنهم خمس سنوات فى الخدمة.

أما بالنسبة لمؤهلاتهم التربوية، فسبعة منهم يحملون شهادة الدبلوم فى التربية الخاصة وسابعهم يحمل دبلوم الثانوية الصناعية وجميع المعلمين يحملون الجنسية المصرية.

وقد حدد المعهد نصاب المعلم الأسبوعى بـ ٢٤ ساعة، (أربع وعشرين ساعة فى الأسبوع) ومن الجدير بالذكر أن رواتبهم جميعا تصرف من وزارة التربية فى قطر.

أما المواد الدراسية التى تدرس فى المعهد فهى نفس مواد دراسة المرحلة الابتدائية ولكنها مخففة بحيث تتوافق ومستوى وقدرات هؤلاء التلاميذ.

ويقوم على إدارة المعهد أستاذ قطرى يحمل شهادة الليسانس فى الاجتماع والخدمة الاجتماعية من جامعة قطر سنة ١٩٨٠م ويساعده سكرتير مصرى الجنسية يحمل شهادة دبلوم من ثانوية التجارة. وقد تم فى السنوات الأخيرة تزويد المعهد بالأدوات والتجهيزات التى تساعد على تعليم المعوقين.



الفصل السادس عشر

رعاية المعوقين فى الجمهورية اللبنانية

يشكل الأشخاص المعوقون واحدة من الفئات الأكثر تهميشا وحرمانا داخل كل مجتمع، وحتى وقت قريب لم يكن لهم قيمة، ويحتاجون إلى رعاية صحية، ويجب أن يقيموا فى مؤسسات خاصة، ونتيجة لذلك حرموا من كافة حقوقهم المدنية وظلوا تحت رحمة المسئولين فى المؤسسات الخاصة. وفى الحقيقة يتعرض المعوقين إلى معاناة كبيرة من الناحيتين النفسية والجسمية بما فى ذلك إنكار وجودهم والعنف الجسدى، والاغتصاب، والحرمان من التعليم الأساسى والرعاية الصحية، وفى ظل تلك الظروف غير العادلة تحول المعوقون فى الثلاثين سنة الأخيرة إلى قوة ضغط وفريق فعال قادر على الدفاع عن حقوقه وطرح أفكار حول الدمج الاجتماعى والحقوق المتساوية، غير أن تطبيق تلك الأفكار فى لبنان لم يحصل بالسرعة نفسها كما فى سائر دول العالم، ولا يزال لبنان متأخرا فى تنفيذ برنامج العمل العالمى للمعوقين الذى أصدرته الأمم المتحدة عام ١٩٨٢. وبناءا عليه ما يزال المعوقين فى لبنان يقعون ضحايا للكثير من الظلم وعدم تمكينهم من أجل الدفاع عن حقوقهم.

ولا شك أن الحروب المتعددة التى عاشها الشعب اللبنانى قد أدت إلى تزايد كبير فى إعداد المعوقين، فالحرب الأهلية عامى ١٩٧٥، ١٩٩٠، وحروب الفرقاء من الطوائف اللبنانية المختلفة، والغارات الوحشية الإسرائيلية المستمرة على لبنان وآخرها عام ٢٠٠٦ كلها خلفت الآفاً من المصابين والمقعدين والمشوهين الذين يحتاجون إلى الكثير من الرعاية الصحية والخدمات التأهيلية والأجهزة التعويضية. وبالرغم من ذلك فإن الاهتمام الرسمى فى تناول قضية المعوقين فى لبنان لازال قاصرا، وقد ألقى بتبعيات سبل الرعاية على القطاع الأهلى الذى يعتمد على الإعانات والتبرعات والجهود الشخصية، وفى ضوء ذلك تم إنشاء اتحاد المقعدين اللبنانى، والمركز النموذجى لرعاية المكفوفين، وفى عام ١٩٨٩ أنشئت

الجمعية الوطنية لحقوق المعاق التى أصدرت مجلة أصداء المعوقين وسعت إلى تطبيق الإنسان المعاق، وإثارة الرأى العام اللبنانى حول قضايا المعوقين وحقوقهم ومشكلاتهم.

فى تشرين الأول عام ١٩٩٣ تأسست الهيئة التأسيسية الشئون المعاقين التى تألفت من وزارة الشئون الاجتماعية والهيئات الأهلية التى تعمل فى مجال رعاية المعوقين والتى حان الوقت لكى تتحول إلى مؤسسات رسمية مستقلة تتبع مجلس الوزراء حتى يمنحها من الدعم المادى والفنى ما يجعلها قادرة على أداء رسالتها على الوجه الأكمل.

وما زال الجهد الأكبر فى رعاية المعوقين فى لبنان تتولاه الجمعيات غير الحكومية مثل :-

١- مؤسسة الإمام الهادى للإعاقة السمعية والبصرية واضطراب اللغة والتواصل التى تحتضن المعوقين وتتابع تحصيل علومهم الأكاديمية واكتشاف مهاراتهم وقدراتهم، وإيجاد فرص عمل للمتخرجين وسرعة دمجهم مع المجتمع.

٢- إنشاء منتدى للمعاقين عام ٢٠٠٧ فى مدينة طرابلس لتعليم المعاقين اللغات الأجنبية والتدريب على استخدام الكومبيوتير.

٣- مؤسسة البيان.

٤- جمعية أصدقاء عند الحاجة.

٥- مؤسسة الأب روبرتس للأحداث الصم.

٦- مدرسة إعداد ذوى الاحتياجات الخاصة.



الفصل السابع عشر

رعاية المعوقين فى جمهورية الجزائر

يعانى ذوى الإعاقة فى المجتمع الجزائرى من مختلف أشكال التمييز على كافة الأصعدة منذ زمن بعيد. تاريخيا عزل ذوى الإعاقة عن المجتمع أو تشردوا أو تسولوا للحصول على لقمة العيش وقد كانوا غير مرغوبين من قبل المجتمع أما المحظوظين منهم فكانوا يرتزقون عن طريق قراءة القران فى المساجد أو ممارسة بعض المهن (الحرف والأشغال اليدوية البدائية البسيطة واستمر الحال على ذلك حتى أواخر القرن الماضى حيث افتتحت العديد من المؤسسات لتشغيل وتدريب المعاقين إلا أنه لم يستفيد منها إلا عدد قليل منهم، وفى الثلاثينيات من القرن العشرين افتتحت بعض المدارس لتعليم المكفوفين حيث انتفع بها عدد لا بأس به منهم، إلا أن الطابع العام لتلك الفترة وحتى أواخر الثمانينات من القرن العشرين كان يتصف بتكريس اعتمادية المعاقين على المؤسسات واعتبارهم فئة لا حول لها ولا قوة.

على الجميع أن يقدم لها المساعدة من قبيل الشفقة وبدوافع دينية أدت فى الغالب إلى تعزيز نظرة الشفقة والإحسان لدى المجتمع نحو المعاقين.

ولم تركز جهود المؤسسات والجمعيات الخيرية فى تلك الفترة على العوامل التى تؤثر فى حياة المعاقين سواء أكانت موضوعية بيئية واجتماعية أو ذاتية جسدية ونفسية وتسمى هذا النوع بنموذج التأهيل أو "التأهيل الطبى" الذى أصبح مرفوضا من قبل العالم. فى أواخر الثمانينات من القرن العشرين انطلقت تغييرات جوهرية فى مختلف مناحى حياة المجتمع وكان من أهم الفئات التى تأثرت هى فئة ذوى الإعاقة الذين أصبحوا أبطالاً فى رأى المجتمع ونظره بدلا من عجزة تعرضوا للإعاقة لذنب ما أو عقوبة ربانية.

خفت حدة الوصمة التى كانت ترافق المعاقين وبدأت عدة جهات بالعمل على إنشاء برامج تأهيل أكثر علمية ومهنية إلا أن المعاقين ظلوا مغيبين عن المشاركة فى تخطيط وتنفيذ البرامج التى تخصهم، حتى ظهور الاتحادات والجمعيات كحركة تغيير اجتماعية شكلت نقلة نوعية فى التعامل

مع قضايا المعاقين وحقوقهم وأصبح التركيز منصبا - بفعل ضغط التنظيمات - على حقوق المعاقين في فرص متساوية وفى المشاركة بدلاً من إيواءهم وتأهيلهم فقط وعلى المعوقات الاجتماعية والتي تحول بينهم وبين المشاركة الحقيقية في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية. يشكل ذوى الإعاقات نسبة كبيرة من مجموع السكان من مختلف الأعمار ولصعوبة الحصول على بيانات رقمية مفصلة حول متغيرات العمر ونوع الإعاقة والجنس وفرص العمل من بيانات المنظمات والجمعيات وأياً كانت النسبة فهم يعانون من مختلف صنوف التمييز المقصودة وغير المقصودة، وتأتي على أشكال مختلفة تتراوح بين العزل في البيوت وبين الحرمان من التعليم والعمل وبين التهميش أو المنع من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية وفيما يلي وصف لواقع هؤلاء في قطاعات العمل والتعليم والصحة والسكن والرياضة والترفيه والثقافة. أملين من خلاله أن نعكس صورة واقعية لنوع وحجم مشاركتهم في الحياة الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية.

أولاً : واقع المعاقين في قطاع العمل والتدريب المهني :

ترتفع نسبة العاطلين عن العمل في صفوف المعوقين كثيراً وهذا يعود إلى عدة أسباب منها الموضوعية ومنها الذاتية. إن انخفاض نسبة العاملين من ذوى الإعاقات يجعلهم حتما أقل مشاركة من غيرهم في مختلف الأنشطة الاجتماعية والسياسية والثقافية ويسبب لهم ضغوطا نفسية تؤثر سلبا على مفهوم الذات والثقة بالنفس لديهم. يرتبط الفقر ارتباطاً وثيقاً بالإعاقة وقلما نجد الظروف الاقتصادية تزدهر لدى الأسر التي يكون أحد أعضائها أو أكثر من ذوى التحديات.

تتلخص الأسباب المؤثرة فى ارتفاع نسبة العاطلين عن العمل من المعاقين فيما يلى:

١- التكوين المهنى: تنحصر فرص الشباب ذوى الإعاقات فى التكوين المهنى قياسا بفرص أقرانهم حيث أن مراكز التكوين المهنى تفتقر إلى التسهيلات الملائمة فى المبانى المستعملة لهذا الغرض مما يعيق من إمكانيات وصول المعاقين حركيا إلى هذه المبانى واستعمالها بحرية واستقلالية. كما أنه لا تتوفر فى مراكز التكوين المهنى الخبرات الفنى الكافية لدى طواقمها البشرية مما يحد من إمكانية استيعاب المعاقين في هذه المراكز وانتفاعهم بخدماتها، هذا بالإضافة إلى أنه لا تتوفر لدى هذه المراكز السياسات والبرامج التى من شأنها تسهيل دمج الشباب من ذوى الإعاقات، ولا توجد بها التعديلات اللازمة على الآلات المستخدمة التى يحتاج إليها بعض الشباب ذوى الإعاقات من المتدربين، عوضا عن الأفكار التى يحملها أعضاء طواقم مراكز التكون عن ذوى الإعاقات التى تكون فى الغالب غير مشجعة عّلى الالتحاق بهذه المراكز. تدفع هذه الأسباب ذوى الإعاقات من الشباب للالتحاق بمراكز تأهيل مهنى خاصة تديرها مؤسسات تأهيل للمعاقين. أملاً فى الحصول على تأهيل مهنى ملائم إلا أنهم فى الغالب يصطدمون بمحدودية الخيارات حيث أن المهن التى يتم التدريب عليها فى هذه المراكز قليلة جداً بالإضافة إلى كونها مهن بسيطة غير مطلوبة فى سوق العمل مثل المكانس والعصى للمكفوفين وأعمال الخياطة للمعاقين حركياً..

أولاً: الوعى والأفكار النمطية السائدة: تقف الأفكار النمطية السائدة حول المعاقين عائقا حقيقيا أمام دخولهم إلى سوق العمل حيث أن أرباب العمل يعتقدون بأن المعاقين يحتاجون إلى المساعدة ولا يستطيعون

العمل ولا تتوافر لديهم المهارات اللازمة للقيام بالأعمال المطلوبة، ويمكن أن يشكل عبئا عليهم..

ثانياً: الواقع التعليمي للشباب ذوى التحديات: نال عدد لا بأس به من الشباب ذوى الإعاقات قسطا وافرا من التعليم على مدى السنوات السابقة ولا زال قسم منهم يلتحقون بالمعاهد والجامعات والثانويات سواء فى داخل الوطن أو خارجه ولابد من الإشارة فى هذا المقام إلى أن المكفوفين كانوا ولا زالوا أكثر حظا من أقرانهم من ذوى الإعاقات للحصول على الإجازات العلمية من درجة الماجستير والدكتوراه، وكما أن الصم أقلهم حظا وتكاد أن تكون فرصهم فى الحصول على التعليم الثانوى والعالى معدومة تماماً. أما بالنسبة للإناث فهن أقل حظا من الذكور فى الحصول على فرص تعليمية مهما كان نوع إعاقته.

ثالثاً: الوعى المجتمعى: يعتبر الوعى – بقدرات ذوى الإعاقات واحتياجاتهم وحقوقهم – من أهم العوامل التى تؤثر على حجم مشاركتهم فى العملية التعليمية ذاتها وبمدى انتفاعهم بفرص التعليم المتاح فهم لا يرسلون إلى مدارس لأن الأسرة تعتقد أن لا فائدة من تعليمهم وأنهم لن يستطيعوا التعلم وكما يقول بعض الآباء أن مكوثهم فى المنازل أفضل من إرسالهم إلى المدارس كما يفضل بعض الآباء توفير الأموال التى تصرف على أبناءهم المعاقين خلال التحاقهم بالمدارس وصرفها على إخوانهم وأخواتهم من غير المعاقين، وتعتقد بعض الأسر بأن خروج أبناءها ذوى الإعاقة من البيوت يسبب الإحراج وربما يسيء لسمعة الأسرة. على صعيد مشاركة ذوى الإعاقة فى العملية التعليمية فإنهم يصطدمون بقلة وعى زملاءهم الطلاب والطواقم الإدارية والتدريسية بإمكاناتهم وقدراتهم واحتياجاتهم حيث يتعرضون للمضايقات ولعدم التفهم مما يؤدى إلى تسربهم من المدارس.

رابعاً: قلة التسهيلات الهندسية والإجرائية: تعتبر العوائق الإنشائية أحد أهـم العوامل التى تؤثر سلبا على حجم مشاركة الطلبة الذين لديهم إعاقات حركية فى البنية التحتية للمؤسسات التعليمية والبنية التحتية للمـدارس والجامعات لا تحتوى على التسهيلات البيئية الهندسية المطلوبة لتسهيل حركة ذوى الإعاقة فهى تعيق تنقلهم وانتفاعهم بمرافق تلك المؤسسات واستعمالها بحرية وكرامة فوجود الأدراج مـثلا يجبـر مـستخدمى الكراسى المتحركة على طلب المساعدة من الآخرين بشكل مستمر مما يؤثر سلبا على علاقاتهم الاجتماعية ويسبب لهم التوتر النفسى الـدائم ويقلل من حجم مشاركتهم فى الحصص الدراسية والمحاضرات ومـن زيارتهم للمكتبات والمرافق الجامعية التى لا تتوفر فيها التسهيلات - التسهيلات الإجرائية والتى نقصد بها تلك الإجراءات المطلوبة للتغلب على المصاعب التى تسببها الإعاقة والتى تساعد الطلبة فى الحـصول على بدائل تمكنهم من ممارسة العملية التعليمية بشكل عادل ومجدى، ومن أمثلتها الوقت الإضافى للمكفوفين لإجراء الامتحانـات، متـرجم لغات الإشارة للصم إن عدم وجود هذه التسهيلات وعدم وعى ومعرفة الجهات المختصة بها يعتبر تقصيرا خطيرا يحد من تمتع الطلبة ذوى التحديات بحقهم فى التعليم ويسبب لهم مضايقات مستمرة قد تؤدى بهم إلى التسرب من التعليم أو إلى انخفاض مستوى تحـصيلهم العلمـى الأكاديمى.

خامساً: عدم توفر الأدوات المساعدة: عدم توفر الكتب المطبوعة بخط بريل والطابعات الخاصة بها وأجهـزة الحاسـوب الناطقـة والكتـب ذات الخطوط المكبرة والكتب المسجلة على أشرطة للمكفـوفين وضـعاف البصر، وعدم توفر القواميس بلغة الإشارة ووسائل تعليميـة خاصـة أخرى تجعل مواصلة التعليم للطبة ذوى التحديات الجسدية أمرا صعبا

للغاية، ففى حين تتوفر هذه الأجهزة والوسائل لأقرانهم يحرمون هم منها إلا فيما ندر ولا تتوفر هذه الأدوات للمؤسسات التعليمية ولا توجد لدى الجهات المعنية خطة استراتيجية لتوفيرها لهم.

سادساً: نقص الوعى المهنى: يفتقر معظم أعضاء هيئات التدريس والإدارة فى المؤسسات التعليمية إلى أساليب ووسائل للتغلب على المشاكل التى تواجه الطلبة ذوى الإعاقة ويقفون حائرين أمام أية مشكلة لعدم خبرتهم ومعرفتهم بالمتطلبات اللازمة لحل المشكلة.

سابعاً: عدم وجود استراتيجية وطنية لضمان حق ذوى التحديات فى التعليم: كما هو الحال بالنسبة لبقية القطاعات فإن قطاع التعليم يعانى – فيما يتعلق بذوى الإعاقة – من العشوائية فى التخطيط سواء أكان ذلك على صعيد القبول فى المعاهد العليا أو على صعيد التوجيه والإشراف وتقديم التسهيلات وإعداد البنى التحتية والوسائل المساعدة، على سبيل المثال لا يوجد حتى الآن أية برامج تعليمية للشباب ذوى الإعاقة التعليمية (ذوى الإعاقات العقلية).

ثامناً: واقع ذوى الإعاقة الراهن فى مجال السكن: يتعدى المفهوم الحديث للسكن الشقة أو المنزل ليشمل الأرصفة والشوارع والمرافق العامة والأسواق التجارية ووسائط النقل. كانت ولا زالت البنية التحتية الإنشائية فى الجزائر تعانى من سوء التخطيط وبفعل التوجه العام للمنشئات التجارية التى يحاول أصحابها توفير المساحة والأموال لتحقيق أعلى قدر ممكن من المكاسب المالية. تؤثر طبيعة تصميم المبانى والمنشآت العامة والخاصة على مدى انتفاع ذوى الإعاقة بها وخاصة أولئك الذين لديهم إعاقات حركية وبالتحديد مستعملى الكراسى المتحركة والعكازات.

بنظرة خاطفة إلى الغالبية الساحقة من المبانى العامة والمنازل نجد أنها تفتقر إلى أبسط شروط السلامة العامة وإلى التسهيلات التى نص عليها قانون حقوق المعوقين. فإن المنازل الخاصة بالأسر التى يوجد لديها معاقين لا تراعى الاحتياجات الخاصة بهم ولا توجد برامج ومشاريع لأية جهة رسمية لإدخال التسهيلات على تلك المنازل عدد العمارات التى يوجد بها مصاعد كهربائية محدود وكثير منها ركبت بها مصاعد كهربائية لا تراعى المعايير والمواصفات المطلوبة لاستعمالات ذوى الإعاقة الحركية، والعديد منها توجد به أدراج يجب المرور بها قبل الوصول إلى المصاعد الكهربائية، وبالتالى تصبح غير مسهلة لاستعمالات ذوى الإعاقة وأحياناً غير ممكنة الاستعمال على الإطلاق وهذا ينسحب على الأسواق التجارية والمطاعم ودور الترفيه (المسارح ودور السينما والنوادى) والعمارات السكنية الخاصة ومكاتب المحامين وعيادات الأطباء ومؤسسات الخدمات العامة والأهلية والوزارات وعلى رأسها وزارة التضامن والشئون الاجتماعية والمدارس والجامعات. أما بالنسبة للأرصفة فى الشوارع فهى تمتاز بوجود الأعمدة المختلفة والأدراج وامتدادات المحال التجارية وبسطاتها وأحياناً الحفر.

ترقية وحماية المعوقين:

التشريع القانونى الخاص بالمعاقين فى الجزائر كان فى العام الأول من الاستقلال الوطنى ١٩٦٢، مع النصوص التى تخص ضحايا ومعطوبى حرب التحرير، وقدماء المجاهدين، بإعطائهم تعويضات مادية، حق المعالجة الطبية، حق العمل.

هذه النصوص التشريعية تعتبر المحطة القانونية الأولى لحماية معاقى الحرب، وتوالت بعدها عدة تشريعات وقوانين متفرقة تناولت فيها جوانب منفردة خاصة برعاية المعاقين، مثل:

- المرسوم رقم ٨٢ – ١٨٠ المؤرخ فى ١٥ مـــايو ١٩٨٢ والمتعلـــق بالتشغيل وإعادة التربية المهنية للمعاقين.
- القانون رقم ٨٣ – ٨٨ المـــؤرخ فـــى ٢ يوليـــو ١٩٨٣ والمتعلـــق بالتأمينات الاجتماعية.

هذه بعض القوانين العامة التى تتضمن أحكاماً خاصة بالمعاقين والتى ثبتت محدوديتها؛ نظراً للتطورات الحاصلة فى المجتمع، وتزايد احتياجـــات ومتطلبات الأشخاص المعاقين، ولهذا بادرت الدولة الجزائرية بـــسن قـــانون خاص بفئة المعاقين والذى سيسهم بشكل كبير فى كفالة حقـــوقهم وتطـــوير الخدمات التى تقدم لهم، وعلى مؤســـسات الدولـــة أن تتحمـــل مـــسؤولياتها القانونية، وثمة المصادقة على مشروع القانون فى البرلمان بغرفتيه، ونـــشر فى الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية فى العدد ٣٤ بيوم ١٤ مايو ٢٠٠٢، والقانون الخاص بحماية الأشخاص المعاقين وترقيتهم بـ... رقم ٢ – ٩ والمؤرخ فى ٨ مـــايو ٢٠٠٢، ويهـــدف إلـــى تعريـــف الأشـ...ص المعاقين وتحديد المبادئ والقواعد المتعلقة بحمايتهم وترقيتهم من الجوانب التالية:

١- **الوقاية من الإعاقة:** تتم الوقاية من الإعاقة بواسطة أعمال الكـــشف وبرامج الوقاية، كبرامج الأمومة والطفولـــة والتغذيـــة والتطعـــيم، وبرامج طبية وحملات الإعلام تجاه المواطنين حول العوامل المسببة للإعاقة، والتدخل المبكر بواسطة أعمال طبية اجتماعيـــة، وتحاليـــل واختبارات وفحوص طبية تهدف إلى تعرُّق الإعاقـــة وتشخيـــصها وتقليص أسبابها وحدتها.

بالإضافة إلى ذلك، يحث القانون على إلزامية التصريح بالإعاقة لدى المصالح المكلفة بالحماية الاجتماعية، وذلك فور ظهورها أو كشفها؛ لتمكين الجهات المعنية من التكفل بها فى حينها؛ للحد من مضاعفاتها.

٢- **ضمان العلاجات المتخصصة وإعادة التدريب الوظيفى:** يبدأ الاندماج بالتكفل حسب نوع ودرجة الإعاقة عن طريق إعادة التدريب الوظيفى، وإعادة التدريب الوظيفى هى اختصاص طبى يهدف إلى إعطاء العضو المصاب بالإعاقة والعجز استرجاعاً أحسن.

وضمان العلاجات المتخصصة للمعاق يعتبر خطوة إيجابية لتطويره وتأهيله. ومن أهم الخدمات الصحية: العلاج الطبيعى، ومعالجة عيوب النطق، والسمع، وضعف البصر ..

وضمان الأجهزة الاصطناعية ولواحقها والمساعدات التقنية الضرورية (الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية) لفائدة الأشخاص المعاقين، وكذا الأجهزة والوسائل المكيفة مع الإعاقة وضمان استبدالها عند الحاجة.

٣- **التعليم والتكوين المهنى:** التعليم إجبارى بالنسبة للأطفال والمراهقين المعاقين فى مؤسسات التعليم والتكوين المهنى، وعند الحاجة تهيأ أقسام وفروع خاصة لهذا الغرض، لاسيما فى الوسط المدرسى والمهنى والوسط الاستشفائى، ويستفيد الأشخاص المعاقون عند اجتيازهم للامتحانات من ظروف مادية ملائمة تسمح لهم بإجرائها فى إطار عادى.

ويبقى التكفل المدرسى مضموناً بغض النظر عن مدة الدراسة أو السن، طالما بقيت حالة الشخص المعاق تبرر ذلك.

وتضمن المؤسسات المتخصصة عند الاقتضاء إيواء المتعلمين والمتكونين والتكفل بهم نفسياً واجتماعياً وطبياً.

وتتكفل الدولة بالأعباء والمصاريف المتعلقة بالتعليم والتكوين المهنى والإقامة والنقل فى المؤسسات العمومية، وتسهم فى دمج المعاق عن طريق تدعيم وتشجيع الحركة التطوعية والمؤسسات ذات الطابع الإنسانى

والاجتماعى التى تتكفل برعاية المعاقين وتعليمهم وتكوينهم وإعادة تـأهيلهم بالإمكانات اللازمة.

كما تم إنشاء لجنة ولائية للتربية الخاصة والتوجيه المهنى، وتتكفـل بـ:

- العمل على قبول الأشخاص المعـاقين فـى المؤسـسات التعليميـة والتكوين المهنى، والمؤسسات والمصالح التى تستقبله.
- تعيين المؤسسات والمصالح التى يجب عليها القيام بالتربية والتكوين.
- العمل على الاعتراف للمعاق بصفة العامل وتوجيه وإعادة تـصنيفه وتعيين المؤسسات والمصالح التى تستقبله.
- العمل على البحث عن مناصب عمـلا ملائمـة يمكـن أن يـشغلها المعاقون واقتراحها، واستفادة الأشخاص الذين يتكلفون بشخص معاق يزاول دراسته فى مؤسسات التعليم والتكوين المهنى بمنحه مدرسية.

٤- **الإدماج والاندماج الاجتماعى والمهنى:** اندماج وإدماج الأشـخاص المعاقين يكون من خلال ممارسة نشاط مهنى مناسب أو مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية بدنية واقتصادية، ولا يجوز إقصاء أى مرشح بسبب إعاقته فى مسابقة وامتحان مهنى يتيح لهم الفرصة للالتحـاق بوظيفة عمومية.

ويتعين على المستخدم إعادة تصنيف أى عامل أصيب بإعاقة مهمـا كان سببها بعد فترة إعادة التدريب من أجل تولى منصب عمل آخر لديه.

كما يجب على كل مستخدم تخصيص نسبة (١%) على الأقـل مـن مناصب العمل للأشخاص المعاقين المعترف لهـم بـصفة العامـل، وعنـد الاستحالة يتعين عليه دفع اشتراك مالى فى صندوق خاص لتمويـل نـشاط حماية المعاقين وترقيتهم.

يستفيد المستخدمون الذين يقومون بتهيئة وتجهيز مناصب عمل للأشخاص المعاقين من تدابير تحفيزية.

ويمكن إنشاء ورشات محمية ومراكز توزيع العمل في المنزل، ومراكز المساعدة عن طريق العمل، وتكون مكتفية مع طبيعة أو درجة الإعاقة وقدرات الأشخاص المعاقين النفسية والبدنية.

٥- **المساعدة الاجتماعية:** يتضمن القانون الحد الأدنى من الدخل للمعاقين العاملين. أما الأشخاص المعاقون الذين بدون دخل فيستفيدون من مساعدة اجتماعية تتمثل في التكفل بهم أو بمنحة مالية. والمنحة المالية تؤول بعد وفاة الشخص المعاق إلى أبنائه القصر وإلى أرملته غير المتزوجة ودون دخل.

وتمنح المساعدة الاجتماعية إلى الأشخاص الذين بدون دخل، لاسيما:

- الأشخاص الذين تكون نسبة عجزهم ١٠٠%.
- الأشخاص المصابون بأكثر من عاهة.
- الأسر التي تتكفل بشخص واحد أو عدة أشخاص معاقين مهما كانت سنهم.
- الأشخاص ذوو العاهات والمرضى بداء عضال الذين يبلغ سنهم ١٨ سنة على الأقل، والمصابون بمرض مزمن ومعجز.

٦- **الخدمات:** يستفيد الأشخاص المعاقون من مجانية النقل أو التخفيض من اجور النقل البرى الداخلي حسب حالة كل شخص، أما الذى تقدر نسبة عجزه بـ ١٠٠% فيستفيد من تخفيضات في أجور النقل الجوى العمومي الداخلي.

كما يستفيد بنفس التدابير المرافقون للأشخاص المعاقين، بمعدل مرافق واحد لكل شخص معاق، وتتكفل الدولة بالتبعيات الناجمة عن مجانية النقل أو التخفيض في أجوره.

أمام هذه الوضعية الراهنة وجب القيام بعدة إجراءات الهدف منها:

١- نشر الوعى بحقوق ذوى الإعاقة واحتياجاتهم.

٢- إدخال التعديلات على كافة المبانى والمنشآت والمرافق ومراكز الخدمات العامة الجديدة والقديمة وفق برنامج زمنى محدد.

٣- وضع استراتيجية وطنية لدمج ذوى الإعاقة فى المجتمع ووقف كافة أشكال التمييز ضدهم.

٤- تعيين مراقب دولة لمتابعة ضمان حصول المعوقين على حقوقهم فى كافة المجالات.

٥- توعية أرباب العمل بقدرات ذوى الإعاقة على العمل وحقهم فيه.

٦- جعل أماكن العمل مسهلة وملائمة لتمكين ذوى الإعاقة من الوصول إليها.

٧- تقديم تسهيلات ضرائبية مالية لأصحاب العمل من أجل تشجيع تشغيل ذوى الإعاقة.

٨- تشجيع ودعم ذوى الإعاقة لإقامة مشاريع مدرة للدخل.

٩- مراقبة المؤسسات الخاصة التى تشغل ذوى الإعاقة ومنع استغلالها لهم.

١٠- جعل مراكز التكوين المهنى العامة مسهلة لاستعمالات ذوى الإعاقة.

وعلينا أن نعى أنه لا يمكن لأى قطاع من القطاعات أو فئة اجتماعية من تحقيق مشاركة فاعلة وجدية فى بناء المجتمع إذا لم تتمكن من الوصول إلى حقوقها الأساسية فى الحق فى التعليم والسكن والعمل إلخ لذا فإنه من الطبيعى لتحقيق المشاركة فى الحراك السياسى والاقتصادى والثقافى والاجتماعى للمعوقين أن نقيد من الاتجاهات الإيجابية والمبادرات الرائدة التى ترسم خطوط مشرقة لمشاركة حقيقية للمعاقين فى تلك المجالات.



الفصل الثامن عشر

رعاية المعوقين فى جمهورية اليمن

بحسب الإحصائيات الرسمية الصادرة عن وزارة التخطيط والتنمية في تعداد بعد الوحدة كان عدد ذوى الاحتياجات الخاصة في اليمن بلغ حوالى ٧٦,٤٦١ في الريف والحضر، ويتركز وجود هذه الفئة أو يزيد في المناطق الشمالية ويقل في جنوب اليمن.

حيث يوجد في اليمن بحسب دراسات سابقة أكثر من مليون شخص من ذوى الاحتياجات الخاصة بكافة أنواعها وأشكالها .. بالإضافة إلى عما تلاقيه هذه الفئة من خدمات ظاهرة وباطنة، مضيفاً أن هذه الفئة من الناس لن تقبل بعد في المجتمع اليمنى حتى من الأسر نفسها، فالأسر نفسها لا تظهر طفلهم المعاق أمام المجتمع خوفاً من العار والعيب.

كما أن المعاقين أنفسهم وخاصة الإناث ينطوون على أنفسهم، أو الخروج إلى المجتمع وممارسة دورهم في الحياة حتى ولو كان مقصوراً على خدمة أنفسهم فقط.

في الشوارع كثيراً ما نلمح أسماء الجمعيات المتخصصة في خدمة ذوى الاحتياجات الخاصة ونبارك لهم هذه الخطوة سواء القائمين على هذه الجمعيات أو أعضائها، ويلفت نظرنا أيضاً الباصات الملصق عليها اسم الصندوق الداعم بجانب اسم الجمعية، فذاك للمكفوفين وذاك للمعاقين حركياً، وهذا للمعاقين عقلياً، وآخر للصم..

ونظام الرعاية الاجتماعية موجود في اليمن وموجودة أيضاً جهود أهلية تطوعية لإشباع مجال ذوى الاحتياجات الخاصة سواء مكفوفين أو معاقين أو أى لون من ألوان الاحتياجات، ولكن النقص في المجتمع اليمنى شديد في التخصص الجوهرى في رعايتهم، وعدم وجود متخصصين لهم.. وقد تمثل ذلك بالمستشفى، فلا يمكن أن نستغنى عن الأطباء ونكتفى بالمتطوعين من ذوى الخبرة، فلابد أن يعمل تحت إشراف شخص مهنى مدرك لاحتياجات هؤلاء الناس بوجود برامج تشبع احتياجاتهم.

إن نظام الرعاية موجود إضافة إلى الجهود المبذولة، بالإضافة إلى الدور الذى يلعبه صندوق التنمية وصندوق المعاقين اللذان يعتبرا إحدى شبكات الأمان الاجتماعى وصمام أمان لكثير من الجمعيات من حيث الدعم المالى الهائل الذى يقدم لهما، أما من حيث التخصصات فإن وجدت فللأسف أنها لا تعمل مع ذوى الاحتياجات الخاصة بالشكل المطلوب لأنه لم تتوفر لهم الدرجات الوظيفية، كما أن العاملين فى الجمعيات جامعيون حاصلون على دورات تدريبية مكثفة كما أن العمل مع ذوى الاحتياجات الخاصة يكون عن طريق مثلث قاعدته علم الاجتماع وعلم النفس ورأسه الخدمة الاجتماعية، فجميعها تعمل بتكامل مع بعضها البعض.

ومن الضرورى أن تعيد الدولة النظر فى علم النفس، حيث أن دراسة الإنسان واحتياجاته ومعالجة الاضطرابات وكشفها ومعالجتها قبل حدوثها، هذا بالنسبة للأصحاء فكيف له بذوى الاحتياجات الخاصة الذين هم فى صميم العمل فى قسم علم النفس.

ومن الضرورى أيضاً وجود كادر متخصص يعمل على أساس مهنى صحيح قائم على تدريب ذوى الاحتياجات الخاصة حتى يتمكنوا أن يعيشوا فى المجتمع بما يتناسب مع قدراتهم وعدم المتاجرة بأوجاع الناس، وأن العاملين مع ذوى الاحتياجات الخاصة لابد لهم من التعامل مع هذه الفئة باحترام وتقدير، والأخذ بيدها وعدم معاقبتها على ما لم تقترفه.

وتعتبر اليمن من الدول قليلة السكان (٢٢ مليون) بالنسبة لاتساع مساحتها الجغرافية، ويكاد ينعدم معدل النمو السكانى فى الفترة الحالية، كما أن السكان يتركزون فى المدن الرئيسية والقبائل التى تسكن أعالى الجبال.

وتشير الإحصاءات إلى ارتفاع معدلات الوفيات إلى ١٤,٨ فى الألف بسبب محدودية الموارد ونقص الإمكانات المادية، كما أنها تعانى من ارتفاع نسبة الأمية وخاصة بسبب الإناث والتى تصل إلى ٨٥%.

والأطفال المعاقون فى اليمن هم أحد الفئات الخاصة بالمجتمع الأولى بالرعاية والحماية، ويقع على المجتمع اليمنى عبء العناية بهؤلاء الأطفال وذلك لمساعدتهم على تحمل الإعاقة وممارسة دورهم فى الحياة، وحماية المجتمع نفسه من فئة يجب تدريبها وتأهيلها على ممارسة بعض الأعمال التى تتناسب مع درجة إعاقتهم ومع ظروفهم الصحية والجسدية.

وتشير الإحصاءات الوصفية عام ٢٠٠٥ أن عدد مراكز تأهيل المعوقين باليمن يبلغ اثنى عشر مركزا فقط تقدم خدماتها للأطفال المعاقين.

وهذا دليل على عدم تناسب واضح بين أعداد الأطفال المعوقين وعدد مراكز تأهيل المعوقين، والأمر يحتاج إلى تضافر فاعل بين الجهود الحكومية والمنظمات غير الحكومية، لإنشاء عدد من مراكز تأهيل المعوقين فى المناطق المختلفة باليمن، وتوفير الخدمات التأهيلية والاجتماعية والنفسية التى تشبع احتياجاتهم المختلفة وتجعل منهم مواطنين منتجين نافعين لمجتمعهم.



الفصل التاسع عشر

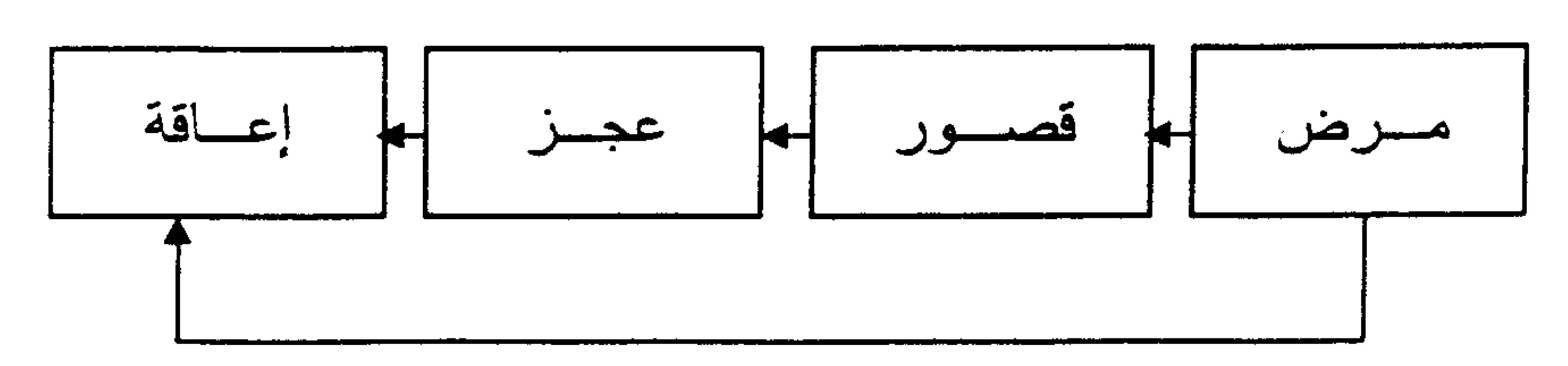
رعاية المعوقين فى تـونس

مفهوم الإعاقة ومدى انتشارها :

تعتبر الإعاقة من المسائل الحساسة عند معظم شعوب العالم؛ وذلك لما تتسم به من بُعد إنسانى باعتبار ما يجب توفيره للأشخاص المعوقين من حقوق على جميع الأصعدة، وكذلك لما تتسم به من بعد اجتماعى واقتصادى؛ باعتبار ما يجب توفيره لهؤلاء الأشخاص من رعاية صحية وضمانات اجتماعية.

غير أن معظم البلدان المتطورة والنامية منها وجدت صعوبات فى تحديد مدى انتشار هذه الظاهرة، رغم تعدد المحاولات وتنوعها. تكمن هذه الصعوبات أساساً فى التعريف نفسه لمفهوم الإعاقة، وكذلك فى تعدد خاصيات هذا المفهوم، وتعقيد العلاقات بين هذه الخاصيات، وكذلك بين الأطراف المتداخلة فى هذا المجال. وسعياً منها لإيجاد مفهوم موحد للإعاقة اقترحت منظمة الصحة العالمية ما يسمى بالإطار المفهوماتى الذى يرجع وضعه للدكتور "فيليب وورد" والذى يتلخص فى الثلاثة المعروفة باسمه "ثلاثية الدكتور "فيليب وورد" وهى :

المثال رقم ١ : الإطار المفهوماتى لنشوء الإعاقة.



- نقلاً عن الدراسة الوطنية حول الإعاقة عند الأطفال فى تونس، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة، العدد الصفرى، نوفمبر ١٩٩٩.

يبين هذا الإطار أن هناك ثلاثة أبعاد لنتائج المشاكل الصحية، وهى القصور والعجز والإعاقة. كل بُعد من هذه الأبعاد له خصوصياته من حيث

مسنه ي تكوينه أو كيفية ظهوره وتفاعله مع العالم الخارجي. أظهر التطبيق العمى لهذا الإطار نجاعته فى العديد من الميادين، خاصة فى ميدان الدراسات الوبائية؛ لأنه مكن من التفريق بين خاصيات منتمية لأبعاد ذات مستويات مختلفة، والتى طالما كان خلطها سبباً فى عدم رؤية الأشياء بوضوح، وخاصة عدم القدرة على مقارنة نتائج المعطيات.

حسب هذا التعريف تقيم منظمة الصحة العالمية نسبة المعوقين على مختلف أعمارهم ومختلف درجات إعاقتهم بين ٧ و ١٠% غير أن بعض الدراسات الميدانية التى أقيمت فى عدة بلدان أظهرت نسباً متفاوتة تتراوح بين ٢% و ٢,٩% ويرجع هذا أساساً إلى عدة عوامل، أهمها التعريف المتبع فى هذه الدراسات، مما يؤكد أنه لا يوجد تعريف متفق عليه. فالبعض يركز فى تعريفه للإعاقة على القصور البدنى، والبعض الآخر يختار العجز الوظيفى؛ كى يعرّف فئته المستهدفة فى الدراسات حول الإعاقة أو يركز على مفهوم الضرر الاجتماعى وفقدان المزايا الاجتماعية.

* **مفهوم الإعاقة فى سن الطفولة ومدى انتشارها :**

يصطدم الإطار المفهوماتى للإعاقة الذى وضعته منظمة الصحة العالمية بعائق كبير عندما نريد تطبيقه فى مجال الدراسات الوبائية حول الإعاقة عند الطفل. ويكمن هذا العائق فى صعوبة – أو فى بعض الأحيان استحالة – تطبيق هذا الإطار كما هو على كافة الشرائح العمرية للأطفال؛ لسبب وحيد، وهو استحالة قولنا مثلاً: أن طفلاً ما له عجز فى وظيفة ما (مثلاً المشى)، إلا إذا كان عمر هذا الطفل يسمح له بالقيام بهذه الوظيفة بالطريقة "العادية" و"المألوفة"، غير أنه عجز عن ذلك. فهل وجب علينا إذن خلق أطر مختلفة لكل الشرائح العمرية وبالتالى أدوات استبيان أو نقص مختلفة؟ طبعاً يكوّن هذا صعوبات إضافية، دون أن ننسى عدم وجود مراجع

علمية تعرّف بالدقة اللازمة قدرات الطفل البدنية والوظيفية حسب العمر، باعتبار التغيرات الكبيرة والتى تعتبر فسيولوجية لهذه القدرات بين طفل وآخر من العمر نفسه.

هذا علاوة على ما تختص به الإعاقة عند الطفل من خاصيات مرتبطة بالطفولة نفسها. فالإعاقة فى سن الطفولة لها معانٍ ونتائج مختلفة عن الإعاقة فى سن الكهولة. فمثلاً يمكن للبتر الخلقى أو المكتسب فى سن مبكرة (أقل من سنتين) أن يقع التعود عليه، وبالتالى التخفيف من نتائجه، فى حين أن هذا التعود يكون أصعب عند الكهل. كذلك فإن التعايش مع الإعاقة يختلف من طفل لآخر، وذلك حسب ما يجده الطفل من إعانة أو من رفض من طرف عائلته ومحيطه بصفة عامة.

كل هذه العوامل تجعل عملية تحديد نسبة الإعاقة فى سن الطفولة عملية صعبة، وتتطلب اختيارات دقيقة، مما حدا ببعض البلدان إلى إقصاء الأطفال، وبخاصة الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات من الدراسات التى قامت بها حول الإعاقة، ومما جعل كذلك المناهج المتبعة فى هذه الدراسات متعددة من دراسة لأخرى. من بين هذه المناهج نذكر:

- دراسة تحديد الوظائف الأساسية عند الطفل وذلك من خلال استمارة تطرح على الوالدين أو الأولياء.
- دراسة التقليص فى أنشطة الحياة اليومية عند الطفل.
- تعدد الأطفال الذين يتلقون خدمات أو مداواة.
- دراسات تعتمد رواكز نقصٌ معينة.

كل هذه المفارقات تجعل نسبة الإعاقة عند الأطفال متفاوتة من بلد إلى آخر، وتجعل المقارنة بين هذه النسب شبه مستحيلة.

ولا يمكننا القول فى أى حال من الأحوال أن نسبة انتشار الإعاقة عند الطفل فى بلد ما هى أقل أو أكثر من بلد إلى آخر. يرجع ذلك أساساً كما ذكرنا إلى اختلاف، طرق البحث المتوخاة واختلاف التعاريف المستعملة.

٣- طرق البحث:

(٣-١) الأدوات المستعملة:

تمثل دراسة الإعاقة عند الأطفال فى تونس جزءاً من الدراسة الوطنية حول الإعاقة، والتى قام بها معهد النهوض بالمعوقين بالتعاون مع وزارة الشئون الاجتماعية فى التسعينات من القرن العشرين، هذه الدراسة الوطنية هى الأولى من نوعها وهى تندرج فى إطار البرنامج الوطنى للوقاية من الإعاقة.

تهدف هذه الدراسة أساساً إلى تحديد نسبة الإعاقة فى البلاد التونسية، وإلى محاولة معرفة أسباب كل أنواع الإعاقات، وكذلك محاولة معرفة نتائج هده الإعاقات ومخلفاتها فى الحياة اليومية. وقعت بلورة أدوات هذه الدراسة بالاعتماد أساساً على الإطار المفهوماتى لمنظمة الصحة العالمية. وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الأوائل والقلائل فى العالم التى أدمجت الأبعاد الثلاثة للإطار المفهومات المذكور، أى القصور والعجز والإعاقة، حيث وقع محاولة تقصى من خلال استمارة تطرح فى مرحلة أولى. وفى هذه الاستمارة نفسها وقعت محاولة معرفة نتائج هذا العجز على الحياة اليومية للشخص المعنى بالأمر مما يقربنا إلى مفهوم الإعاقة كظاهرة تبين التقليص فى مشاركة الشخص الاجتماعية كنتيجة لمشاكله الصحية. ثم بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بعجز ما وقعت محاولة معرفة القصور الجسمى المسبب لذلك، وكذلك محاولة "تشخيص" المرض الذى نتج عنه. هذا القصور، وذلك فى استمارة ثانية أعدت خصيصاً لهذا الغرض. وقد وقع اعتماد الاتجاه العكسى

لنشوء الإعاقة فى ترتيب طرح الاستمارات؛ وذلك لما لهذا الاختيار من مزايا عملية. فإذا ما اخترنا الاتجاه نفسه لنشوء الإعاقة، أى أن نتقصى أولاً الأمراض، ثم نحدد القصور الذى تسببت فيه هذه الأمراض، ثم العجز المترتب على هذا القصور، فهذا يعنى أن نبحث عن كل الأسباب، مما يجعل العملية مستحيلة؛ نظراً لتعدد هذه الأسباب واختلافها. هذا علاوة على أنه ليس كل مرض بإمكانه أن يؤدى إلى قصور ما، وليس كل قصور بإمكانه أن يؤدى إلى عجز ما. كما لا ننسى كذلك سهولة تقصى العجز لما يتصف به من ظاهرة "كمية" يسهل قياسها. فكانت إذن تسمية هذه الدراسة كما يلى: الدراسة الوطنية لاستكشاف العجز وتشخيص القصور.

وقع اتباع هذا المبدأ على كل الشرائح العمرية، وبصفة موحدة للأشخاص الذين تفوق أعمارهم سبعة السنوات، وذلك باعتبار أن الوظائف التى وقع تقصى العجز فيها أو وقع اختيارها على أساس إمكانية القيام بها من كافة الأشخاص، الذين أعمارهم تفوق سبعة السنوات، دون أى اختلافات حسب العمر. نذكر من بين هذه الوظائف : المشى والكلام والنظر والسمع والفهم.. إلخ. غير أنه يستحيل تقصى العجز فى هذه الوظائف بالطريقة نفسها عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات، وذلك لما يتصف به هؤلاء الأطفال من نمو يجعلهم يكتسبون تدريجياً القدرة على القيام بهذه الوظائف. مما جعل نفس كلمة "العجز" يصعب إطلاقها على هؤلاء الأطفال. لذا وقع اعتماد استمارة خاصة بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات، حيث وقع الأخذ بعين الاعتبار كل هذه الصعوبات والخاصيات وذلك من خلال مبدأين أساسيين:

١- تغيير الوظائف المتقصاه حسب شرائح عمرية لهؤلاء الأطفال.

٢- عدم التركيز على العجز فى وظيفة ما واستبدال مفهوم العجز بمفهوم التأخر فى النمو فى ميادين معينة.

(٣-٢) اختيار تقنيات البحث:

تفترض عملية البحث عن طريق المشاهدة المباشرة لقدرات الأفـراد على القيام ببعض الأنشطة – الحصول التلقـائى (بـدون أى حـث) لهـذه الأنشطة، ثم تسجيل القدرة على القيام بها. مما يعنى انتظار حـصول هـذه الأنشطة. وهذا طبعاً غير ممكن عملياً. كذلك فإن إخضاع الفئـة المـستهدفة لبعض (الاختبارات النفسية أو اختبار تحديد حدة البصر..) يجعـل العمليـة صعبة جداً، ومكلفة، خصوصاً إذا ما كانت الدراسة تهتم بكافة أنواع الإعاقة وباعتبار وجوب تطبيق هذه الاختيارات على كافة أفراد المجموعة.

لذا وقع اعتماد طريقة التقصى بواسطة. الواسطة هى الشخص الذى يجيب عن كل أفراد العائلة، والذى يفترض استجابته لبعض الشروط المسبقة، والتى أساساً، وبالنسبة إلى دراسة الإعاقة عند الطفل. فى أنه يجب أن تكون هذه الواسطة أم الطفل أو أخته الكبرى، التى يجب أن يفوق عمرها ١٧ سنة، وأن تكون على دراية كافية بأخيها، بحيث يمكنه الإجابة عن معظم الأسـئلة المطروحة. يكرس هذا الاختيار فلسفة هذه الدراسة باعتبار أن الهدف الأول للدراسة هو استكشاف العجز (أو تأخر النمو عن الطفل) عند الشخص، كمـا يظهر ذلك للمحيطين بهذا الشخص، بما فى ذلك هذه الواسطة. علاوة علـى ان هذه الطريقة تقلل من كلفة المشروع، وتمكن من جمع المعلومات حـول الأشخاص الذين لا يقدرون على إعطائها، مثل الأطفال والمتخلفين ذهنيـاً، وكذلك تمكن من أخذ معلومات حول الأشخاص الغائبين، مما يجنبنا الرجوع إلى المنزل نفسه.

(٣-٣) العينة السكانية وطريقة اختيار العينة:

ترتكز العينة السكانية لهذه الدراسة على الأسرة المعيشية التى كونت وحدة العينة؛ وذلك لعدم توافر قاعدة سبر تضم كل أفراد البلد. هذا وللتقليص

من كلفة المشروع وقع اعتماد سبر المجموعات، حيث كانت وحدة السبر تمثل إقليماً بأكمله، يشمل عدة أسر (قرابة المائة) وذلك حسب ما وقع تعريفه من طرف المعهد القومي للإحصاء، وحسب ما جاء في مثال السبر المعتمد في الدراسة الوطنية حول السكان والتشغيل الواقعية سنة ١٩٨٩.

وقع حساب نسبة السبر حسب معطيات الدراسة المذكورة سابقاً، والتي نريدها أن تكون في الألف وباعتبار نسبة الخطأ التي لا نريدها أن تفوق ٥% فإن عدد السكان في العينة يجب أن يكون ٤٧٤٢٤ شخصاً، وذلك حسب ما تبينه القاعدة الآتية:

باعتبار أن طريقة السبر المتبعة هي سبر المجموعات، وجب علينا تضعيف هذا العدد ليصبح ٩٧٨٤٨، وباعتبار أن معدل الأفراد في الأسرة التونسية هو ٥,٣% فإنه وجب علينا دراسة ٥,٣%٩٤٨٤٨ = ١٧٨٩٦ أسرة. وباعتبار أن معدل الأسر في الإقليم الواحد هو ١٠٠ أسرة، فإنه وجب علينا سحب ١٧٩ إقليماً من مجموع الأقاليم المكونة للبلاد التونسية، وذلك لدراستها كلها أي دراسة كامل أفراد الأسر الموجودة فيها.

٤- النتائج:

وقعت معالجة المعطيات عن طريق الإعلامية، وذلك بإدخال هذه المعطيات بواسطة برمجية ISSA، وذلك لما توفره هذه البرمجية من إمكانية خلق دوائر حسب عدد أفراد الأسرة الواحدة، ولتأقلمه مع معظم برمجيات تحليل المعطيات، مثل "Epi-info" التي وقع اعتمادها في معظم عمليات تحليل معطيات هذه الدراسة.

كما سبق وذكرنا وقع استعمال استمارتين مختلفتين بالنسبة إلى الأطفال الذين أعمارهم بين ٠ – ٦ سنوات، والأطفال الذي أعمارهم بين ٧

– ١٥ سنة. لذا وجب علينا قبل ذكر النتائج تحديد التعاريف المستعملة حسب هاتين الشريحتين.

(٤-١) التعاريف المستعملة:

(٤-١-١) العمر بين ٧ و ١٥ سنة:

بالنسبة إلى هذه الشريحة العمرية وقع اعتماد نفس تعريف الإعاقة (أو بالأحرى العجز) الذى وقع استعماله للكهول، أى:

إعاقة حركية = صعوبة (أو استحالة) المشى مسافة ٥٠٠ متر أو أكثر، وذلك منذ مدة تفوق ٦ أشهر.

إعاقة سمعية = صعوبة (أو استحالة) الاستماع بإحدى الأذنين، وكذلك منذ مدة تفوق ٦ أشهر.

إعاقة بصرية = صعوبة (أو استحالة) النظر بإحدى العينين، وذلك منذ مدة تفوق ٦ أشهر.

إعاقة ذهنية = صعوبة فهم الأشياء البسيطة، وذلك منذ مدة تفوق ٦ أشهر.

إعاقة فى التواصل اللفظى = صعوبة (أو استحالة) التواصل اللفظى (أى فى التكلم أو التلفظ)، وذلك منذ مدة تفوق ٦ أشهر.

(٤-١-٢) العمر بين صفر و٦ سنوات:

بالنسبة إلى هذه الشريحة وقع اللجوء إلى احتساب حَزَز لتقييم درجة تأخر نمو الطفل وذلك فى الثلاث ميادين التالية:

أ- ميدان النمو الحركى: يعكس مدى نمو الطفل فى الحركة والتحرك.

ب- ميدان الاستقلال الذاتى: يعكس مدى نمو الطفل فى الأكل والشرب والنظافة.

ج- ميدان النمو النفسى – الحسى : يعكس مدى النمو النفسى للطفل، وكذلك قدراته الحسية (السمع والنظر والوعى).

يشمل كل ميدان من هذه الميادين الثلاثة المكتسبات التى من المفروض أن يكتسبها الكفل حسب عمره.

يعتبر الطفل "معوقاً" إذا ما اتضح أن له تأخراً ما فى أحد الميادين الثلاثة السابقة الذكر، أى إذا ما كان حرزه فى إحداها يساوى ٢٠ أو أكثر.

(٤-٢) نتائج فحص كافة أنواع الإعاقة :

كانت نسبة السبر لهذه الدراسة تعادل ١% من مجموع سكان البلاد التونسية ولكنها لم تتعدَّ ٠,٥% من مجموع الأطفال الذين لا تفوق أعمارهم ١٥ سنة، أما عن نسبة انتشار الإعاقة (كافة أنواعها) فكانت:

- تساوى ١,٨% بالنسبة إلى الأطفال الذين أعمارهم لا تفوق ٦ سنوات.
- تساوى ٤,٢% بالنسبة إلى الأطفال الذين أعمارهم بين ٧ و ١٥ سنة.
- تساوى ٣,٣٧% بالنسبة للأطفال الذين أعمارهم تفوق ١٥ سنة يفسر ارتفاع نسبة انتشار الإعاقة فى سن مبكرة، أى أنه كلما تقدم الطفل فى السن كان أسهل فى استكشافه أو تشخيص إعاقته.

لم يكن هناك اختلاف فى نسبة الإعاقة حسب الجنس بالنسبة إلى الأطفال الأقل من ٦ سنوات، يرجع هذا ربما إلى صعوبة استكشاف الإعاقة فى سن مبكرة لكل من الجنسين. غير أن هذه النسبة كانت أكثر عند الذكور بالنسبة إلى الأطفال الأقل من ١٥ سنة، يرجع ذلك ربما إلى إخفاء بعض العائلات لبناتهم المصابات بمرض أو بإعاقة ما.

أنظر الجدول رقم (١).

الجدول رقم ١ : انتشار الإعاقة فى تونس عند الأطفال حسب أعمارهم.

الشريحة العمرية	الذكور	الإناث
٠ – ٦ سنوات	١,٩	١,٧
٧ – ١٥ سنة	٤,٩	٣,٤

يبين الجدول السابق مرة أخرى صعوبة تقصى الإعاقة فى سن مبكرة، خاصة بالنسبة إلى الوظائف التى تستدعى – عند تقصى العجز فيها – مشاركة فعلية من الطفل، مثل وظيفة السمع. هذا وتجدر الإشارة إلى أن القصور الكلى فى وظيفة السمع أو الصمم الكلى يمثل عند الأطفال دون ١٥ سنة ١٨,٧% من مجمل القصور السمعى، أى ما يعادل نسبة انتشار تقارب ٠,١% أما بالنسبة إلى العمى فكانت نسبة انتشاره عند هؤلاء الأطفال ٠,٠٢% أى ما يعادل ١٠% من مجمل القصور البصرى.

(٤-٣-١) أسباب الإعاقة الحركية :

وقع جمع أنواع القصور المسبب للإعاقة الحركية ضمن ثلاثة مجموعات هى : القصور العصبى – العضلى، والقصور العظمى – المفصلى، والقصور القبلى – التنفسى.

وكانت نسبة انتشار هذه المجموعات كما يلى:

الجدول رقم ٢

نسبة انتشار أنواع القصور المسبب لإعاقة حركية عند الأطفال حسب السن

نوع القصور	العصبى- العضلى	العظمى – المفصلى	القلبى – التنفسى	نوع آخر
٠ – ٦ سنوات	٠,٣٢	٠,٠٨	٠,٠٢	٠,٠٨
٠ – ١٥ سنة	٠,٣٧	٠,١٨	٠,١	٠,٠٧

فيما يلى نسرد الأمراض المسببة لكل نوع من أنواع القصور هذه:

الأمراض المسببة للقصور العصبى – العضلى:

بالنسبة للأطفال الذين سنهم دون ١٥ سنة، يمثل القصور العصبى – العضلى نصف (٥٢,٢% أسباب الإعاقة الحركية. ويتكون هـذا القـصور أساساً (٨٧% من القصور العصبى (خاصة الـشلل الربــاعى والـسفلى)، والتأخر فى النمو الحركى (١٦% ومن القصور العضلى ٦%).

أما بالنسبة للأمراض المسببة لهذا القصور، فيعتبر الشلل الـدماغى المسبب الأول للقصور العصبى – العضلى، فقد وجد هذا المرض فى كامـل (١٠٠% حالات الشلل الرباعى، وفى ٨١,٣% من حالات التأخر فى النمـو الحركى، وفى ٥٢,٤% من حالات الشلل السفلى، وفى ٥٠% مـن حـالات الشلل النصفى. وقد كانت نسبة هذا المرض عند هؤلاء الأطفال تساوى ٢ فى الألف.

هناك أمراض أخرى وقع تحديدها، مثل أمراض الضفيرة، وذلك فى ٦٠% من حالات الشلل الأحادى، وكذلك الحال العضل المترقى فى ٨٣,٣% من حالات القصور العضلى.

الأمراض المسببة للقصور العظمى – المفصلى:

بالنسبة للأطفال الذين سنهم دون ١٥ سنة يمثل القصور العظمـى – المفصلى ربع (٢٥,٣% أسباب الإعاقة الحركية. ويتكون هذا القصور أساساً (٦٤% من القصور المفصلى الذى يظهر فى ٧٢,٤% من الحالات فى شكل تشوه مفصلى، وفى ٤٤,٨% فى شكل تحديد فى حركات المفاصـل. وقـد سجلت الأسباب الخلقية فى ٦٩% من حالات القصور المفصلى.

أما عن القصور العظمى فقد كان فى شكلين اثنين متـساويين فـى أهميتهما، وهما التشوه العظمى والقصور العظمى. وكانـت أسـباب هـذا

القصور خلقية فى ٦٠% من الحالات وخمجية فى ١٧,٦% ورضخية فى ١٧,٦% أيضاً.

الأمراض المسببة للقصور القلبى والتنفسى:

بالنسبة للأطفال الذين سنهم دون ١٥ سنة يمثل القصور القلبى – التنفسى ١٤,٥% من أسباب الإعاقة الحركية. يتكون هذا القصور فى ثلثى الحالات من القصور التنفسى المزمن الناتج عن الربو فى ٨٢% من الحالات.

بصفة عامة. وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار مجمل الأمراض المسببة للإعاقة الحركية. فإن هذه الأمراض تتلخص بالنسبة للأطفال دون ١٥ سنة أو دون ٦ سنوات فيما يلى :

- ربع الحالات ناتج عن أمراض خلقية أو وراثية.
- خمس الحالات ناتج عن التهاب السحايا والدماغ.
- ١٨% من الحالات ناتج عن أمراض أخرى.

أما بقية الحالات والمتمثلة فى الأمراض الحاصلة حوالى الولادة فكانت نسبتها مختلفة (دون أن يكون هذا الاختلاف معتداً) بين الأطفال دون ١٥ سنة (حيث كانت هذه النسبة ٢٩% وبين الأطفال دون ٦ سنوات (حيث كانت هذه النسبة ٣٦%. نقصد هنا بالأمراض الحاصلة حوالى الولادة كل من عَوَز الأكسجين الوليدى، والحوادث التوليدية، والأمراض الخمجية الأمومية – الجنينة، والأمراض الأمومية، ويمكن تفادى كل الأسباب الحاصلة حوالى الولادة، أو الناتجة عن مرض خمجى، مما يعنى أن نصف حالات الإعاقة الحركية كان من الممكن تفاديها.

(٤-٣-٢) أسباب الإعاقة السمعية :

تجدر الملاحظة أن أكثر من ربع (٢٧%) حالات الإعاقة السمعية عند الأطفال دون ١٥ سنة لم يقع تحديد أسبابها، وأن هذه النسبة ترتفع لتصبح ٤٠,٩% عند الأطفال دون ٦ سنوات، وهذا يرجع إلى صعوبة تشخيص مثل هذه الأمراض فى إطار دراسة ميدانية فى صلب الأسر المعيشية.

بالنسبة للأمراض التى أمكن تشخيصها فقد كانت تتمثل فى الأمراض الخمجية فى ٧٣% من الحالات، وفى الأمراض الخلقية أو الوراثية فى بقية الحالات.

(٤-٣-٣) أسباب الإعاقة البصرية :

تجدر الملاحظة أن ما يقارب ٤٥ من حالات الإعاقة البصرية عند الأطفال دون ١٥ سنة أو دون ٦ سنوات لم يقع تحديد أسبابها، وهذا يرجع لصعوبة تشخيص مثل هذه الأمراض فى إطار دراسة ميدانية فى صلب الأسر المعيشية. بالنسبة إلى الأمراض التى أمكن تشخيصها فقد كانت تتمثل فى ما يأتى :

الجدول رقم ٣

أسباب القصور البصرى عند الأطفال دون ١٥ سنة

الأسباب	عدد الحالات	النسبة المئوية
اضطرابات فى الانعكاس	٧	٢١,٢
مرض الساد	٧	٢١,١
أمراض الشبكية	٤	١٢,١
أمراض الزجاجي	٢	٦,١
أمراض العصب البصرى	٢	٦,١
انفصال الشبكية	١	٣
الغمش الوظيفى	١	٣
أسباب أخرى	٩	٢٧,٣
المجمـــوع	٣٣	١٠٠

(٤-٣-٤) أسباب الإعاقة الذهنية:

نجدر الإشارة إلى صعوبة تقصى الإعاقة أو التخلف الـذهنى، مـن خلال دراسة عامة تبحث فى كافة أنواع الإعاقة، وبدون اسـتعمال روائـز خاصة بذلك، مثلما ذكرنا سابقاً. يفسر هذا الأرقام غير المرتفعة، ويـنعكس على تحديد الأسباب الممكنة لهذه الإعاقة. لذا ونظراً لقلة الحالات المـسجلة فقد وقع جمع أسباب الإعاقة الذهنية فى ثلاث مجموعات، وهـى الأسـباب الحاصلة حوالى الولادة، وتلك الحاصلة بعـد الـولادة والأسـباب الخلقيـة والوراثية. تتوزع المجموعات الثلاث هذه كما يلى:

الجدول رقم ٤

النسب المئوية لأسباب الإعاقة الذهنية عند الأطفال فى تونس

الأسباب	الحاصلة حوالى الولادة	الحاصلة بعد الولادة	الخلقية والوراثية
٠ – ٦ سنوات	٣٥	٣٩	٢٦
٠ – ١٥ سنة	٢٩	٣٠	٤١

يبين هذا الجدول أنه إذا ما كانت هناك صعوبات جمة فى تفادى الأسباب الخلقية والوراثية (مثل الأمراض الاستقلالية، وزيغ الصبغيات، والتشوهات الخلقية) فإنه يمكننا تفادى كل الأسباب الحاصلة حوالى الولادة أو بعدها (مثل عوز الأكسجين الوليدى، والحوادث التوليدية، والأمراض الخمجية، واليرقان النووى..) والتى تمثل أكثر من نصف (بين ٥٩% و٧٤%) الحالات.

(٤-٣-٥) أسباب الإعاقة فى التواصل اللفظى:

تتكون الإعاقة فى التواصل من ثلاثة أنواع هى: التأخر فى الكلام والتأتأة والبكم. وقد كانت نسبتها المئوية كما يلى:

الجدول رقم ٥

النسبة المئوية لأسباب الإعاقة فى التواصل عند الأطفال فى تونس

أنواع الإعاقة فى التواصل	التأخر فى الكلام	التأتأة	البكم	آخر[١]
٠ – ٦ سنوات	٣٥	٣٩	٨,٩	٢,٢ [٢]
٠ – ١٥ سنة	٢٩	٣٠	١٠,٥	٩,٦

---

[١] الأنواع الأخرى تتمثل فى الخنه وغيرها

[٢] مجموع هذه النسب تفوق ١٠٠% لأن هنالك إمكانية جمع نوعين أو أكثر من أنواع القصور المذكورة عند الطفل

بالنسبة إلى التأخر فى الكلام، والذى يمثل النوع الأكثر انتشاراً فقد كانت أسبابه كما يلى:

الجدول رقم ٦

أسباب التأخر فى الكلام عند الأطفال

أسباب التأخر فى الكلام	التأخر الذهنى	القصور السمعى	نقص فى الإثارة	غير معروف
٠ – ٦ سنوات	٧٣,١	٤,٢	١٧,١	٧,٤
٠ – ١٥ سنة	٧٦,١	٩,٩	٨,٤	٥,٦

أما بالنسبة إلى البكم فقد كانت أسبابه كما يلى :

الجدول رقم ٧

أسباب البكم عند الأطفال

أسباب البكم	القصور السمعى	ذهـــان	غير معروف
٠ – ٦ سنوات	٥٠	–	٥٠
٠ – ١٥ سنة	٤٥,٨	١٢,٥	٤١,٧

(٤-٤) أنواع أخرى من القصور عند الأطفالّ:

اهتمت الدراسة بأنواع أخرى من القصور غير تلك المعروفة كلاسيكياً، (القصور الحركى، والحسى والذهنى)؛ وذلك لأهمية هذه الأنواع من حيث الاعتناء بها ومن حيث نسبة انتشارها، كما بينت هذه الدراسة ذلك. نقصد هنا كلاً من القصور فى الوعى والعجز المصرىّ.

(٤-٤-١) القصور فى الوعى:

وقع تعريفه فى هذه الدراسة بالحالات التى يقع فيها ثلاث نوبات اختلاج أو أكثر خلال الستة أشهر الفارطة. وكانت نسبته عند الأطفال دون

١٥ سنة تساوى ٠,٢%، وعند الأطفال دون ٦ سنوات تساوى ٠,٣% وقـد كان يتمثل هذا القصور فى مجمل الحالات تقريباً فى الصرع.

(٤-٤-٢) العجز المصرى:

وقع تعريفه فى هذه الدراسة بالحالات التى لا يستطيع فيها الشخص التحكم فى إخراج البول أو الغائط، وذلك منذ مدة تفوق الستة أشهر. طبعاً لا يمكننا التحدث عن التحكم العادى للمصرّات إلا بعد عمر معين وقع تحديـده فى دراستنا هذه بـ ٤٨ شهراً. حسب هذا التعريف كانت نسبة انتشار العجز المصرىّ عند الأطفال الذى تتراوح أعمارهم بـين ٤ و ١٥ سـنة تـساوى ٠,٢%. وقد كان هذا العجز يمنعهم من التحكم فى البول فى ٩٩,٥% مـن الحالات والتحكم فى الغائط فى ١٠% من الحالات (أى أن هناك ٩,٥% من الحالات كانت مزدوجة). أما عن أسباب هذا العجز فكانت بالنسبة إلى العجز المصرّى البولى، تتمثل فى السلس البولى فى ٩١,٥% من الحـالات وفـى الأمراض العصبية فى ٦,٥% من الحالات. وبالنسبة إلى العجز المـصرّى الغائطى فقد كانت هذه الأسباب تتمثل فى البداغة فى ٢٣,٥% من الحالات، وفى الأمراض العصبية فى ٥٧,٥% من الحالات.

(٤-٥) تأخر النمو عند الأطفال دون ٦ سنوات:

بالنسبة إلى الأطفال الذين لا تفوق أعمارهم ٦ سـنوات لا يمكننـا الحديث عن العجز فى القيام بوظيفة ما؛ نظراً لما يتصف به هؤلاء الأطفال من نمو يجعلهم يكتسبون تدريجياً القدرة على القيام بهذه الوظائف، ويمكـن لهذا الاكتساب أن يتأخر نوعاً ما، لذا حاولنا أن نقيّم درجة هذا التأخير وذلك باحتساب درجة اكتساب بعض من الوظائف أو الحركات عن طريق حـرز وقع تسميته بحرز النمو.

(٤-٥-١) كيف وقع احتساب حرز النمو؟

وقع احتساب حرر النمو فى ثلاثة ميادين هى:

أ- ميدار الحركة.

ب- ميدان الاستقلال الذاتى.

ج- الميدان النفسى – الحسى.

لكل من هذه الميادين الثلاثة وقع اختيار مجموعة من الأسئلة التى تبحث عن التأكد من أن الطفل قد توصل إلى بعض من المكتسبات، وذلك حسب عمره، تتغير طبعاً هذه المكتسبات حسب شرائح عمرية وقع بلورتها مسبقاً. بحيث أن الطفل الذى لم يتوصل بعد إلى المكتسبات التى تنتمى إلى شريحته العمرية يقع الانتقال به إلى الشرائح السابقة لعمره للتأكد من المكتسبت الأقل نمواً، وهكذا دواليك حتى الوصول إلى مستوى المكتسبات الحاصلة عند الطفل المعنى بالأمر، فنتحصل بالتالى على درجة تأخر نموه، نقيم هذه الدرجة باحتساب الحرز، وذلك حسب المرحلة التالية:

المرحلة الأولى: تخص الشريحة العمرية التى ينتمى إليها الطفل، حيث يقع ترميز مستوى المكتسبات كما يلى:

- **مكتسبات عادية:** إنجاز الحركات المطلوبة بصفة غير عادية أو غير متقنة أو فى بعض الأحيان يقع ترقيمها برقم ٥.
- **مكتسبات غائبة:** أى أن الحركات المطلوبة غير منجزة تماماً. يقع ترقيمها برقم ١٠.

المرحلة الثانية: تخص كل الشرائح العمرية التى تسبق الشريحة التى ينتمى إليها الطفل، حيث يقع التأكد من أن الطفل الذى له صعوبات (مكتسبات متوسطة أو غائبة) فى القيام بوظائف معينة موجودة فى شريحته، يستطيع أو لا يستطيع القيام بوظائف هى أقل تعقيداً باعتبار أنها موجودة فى

شرائح عمرية سابقة، وهكذا دواليك حتى الوصول إلى المكتسبات الفعلية للطفل.

المرحلة الثالثة: هى احتساب الحرز، وذلك كما يلى:

- يقع احتساب الرقم الأعلى المتحصل عليه فى الشريحة العمرية نفسها، (أى أننا لا نجمع أرقام المكتسبات فى نفس الشريحة).
- نجمع الأرقام المتحصل عليها فى كامل الشرئح العمرية التى اضطررنا طرح أسئلتها.

يعتبر الطفل متأخراً فى نموه إذا ما كانت قيمة حرزه تساوى أو تفوق ٢٠، وينتدب الطفل ضمن منظومة التقصى إذا ما كانت قيمة الحرز "أ" أو الحرز "ب" أو الحرز "جـ" تساوى أو تفوق ٢٠.

تجدر الملاحظة إلى أنه بالنسبة إلى ميدان النمو الحركى يكفى أن يكون هناك قصور فى أحد الأطراف الأربعة حتى تصبح قيمة الحرز "أ" تساوى ٢٠، وكذلك بالنسبة إلى ميدان النمو النفسى – الحسى، يكفى أن يكون هناك قصور بصرى أو سمعى أو فى الوعى حتى تصبح قيمة الحرز "جـ" تساوى ٢٠.

(٤-٥-٢) نسبة انتشار التأخر فى النمو عند الأطفال دون ٦ سنوات:

تقدر نسبة انتشار "الإعاقة عند الأطفال دون ٦ سنوات بـ ١,٨% فى الواقع تتمثل هذه "الإعاقة" – كما ذكرنا – فى التأخر فى النمو، والذى كانت نسبة انتشاره كما يلى:

- نسبة انتشار التأخر فى النمو الحركى = ٠,٤%.
- نسبة انتشار التأخر فى الاستقلال الذاتى = ٠,٩٤%.
- نسبة انتشار التأخر فى النمو النفسى – الحسى = ١%.

هذا يعنى أن نسبة انتشار التأخر فـي ميـدانين أو أكثـر تقـارب ٥٤,٠%. وأن أغلبية التأخر الذى وقع تـسجيله عنـد مجمـوع الأطفـال "المعوقين" دون ٦ سنوات كان يخص ميدان النمو النفسي – الحسى، وميدان الاستقلال الذاتى مثلما يبينه كذلك الجدول التالى، حيث وقع تقسيم قـيم كـل حرز إلى فسحتين اثنتين يقيسان درجة التأخر حسب مستويين اثنـين همـا "التأخر المتوسط" و"التأخر الصارم".

٥- الخلاصة:

تعتبر الدراسات الوبائية التى تهدف إلى تحديد نسبة انتشار الإعاقـة عند الأطفال من التحديات الكبرى للباحثين، خصوصاً إذا مـا انـدرج هـذا الهدف ضمن دراسة وطنية تهتم بكافة أنواع الإعاقات عن كـل الأشـخاص مهما كانت أعمارهم. لا يرجع ذلك فحسب إلى الغموض الذى يسود مفهـوم الإعاقة نفسه، ولكن أيضاً إلى ما يخص به سن الطفولة من تطور فى النمـو يجعل عملية التقصى صعبة ومكلفة، مما حدا بالعديد من البلدان إلى إقـصاء الأطفال من الدراسات الوطنية التى قامت بها حول الإعاقة. كذلك فإن تعـدد التعاريف المستعملة والطرق المتبعة فى هذه الدراسات تجعل المقارنة بـين معطياتها شبه مستحيلة.

تعتبر الدراسة الوطنية حول الإعاقة فى تونس من الدراسات القلائل والأوائل التى اعتمدت فى بلورة أدواتها على الإطـار المفهومـاتى الـذى وضعته منظمة الصحة العالمية والذى يرتكز على مفهوم "نتـائج المـشاكل الصحية" التى تتلخص فى الأبعاد الثلاثة : القصور والعجز والإعاقة. غير أن تطبيق هذه المفاهيم على الأطفال لم يكن مجدياً خـصوصاً علـى الـذين لا تتعدى أعمارهم ٦ سنوات، مما اضطرنا إلى بلورة استمارات خاصة بهؤلاء الأطفال تأخذ بعين الاعتبار نموهم وتحاول تقييم التأخير الحاصل فى النمو.

أظهرت هذه الدراسة أن نسبة الإعاقة عند الأطفال دون ١٥ سنة تعادل ٣,٣٧% وأن أسباب الإعاقة تتمحور بالأساس حول سببين اثنين هما:

أولاً: الأسباب الخلقية والوراثية فى أكثر من ربع الحالات (٢٥% من حالات الإعاقة الحركية، و٤١% من حالات الإعاقة الذهنية).

ثانياً: الأسباب الحاصلة حوالى الولادة فى قرابة ثلث الحالات بالنسبة لكل من الإعاقة الحركية والذهنية.

كما أظهرت الدراسة أيضاً أن قرابة نصف حالات الإعاقة الحركية والذهنية كان من الممكن تفاديها.

المراجـــع

المراجع العربية:

١- إسماعيل هاشم، تأهيل المعوقين، الإسكندرية، مذكرات غير منشورة، ١٩٧٢م.

٢- سليمان عزمى، على هامش الطب (الجزء الثانى)، القاهرة، دار القلم، ١٩٦٣م.

٣- صموئيل وبشك، كيف ترعى طفلك المعوق، ترجمة محمد رستم رأفت، القاهرة، دون ناشر، ١٩٧١م.

٤- عبدالفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٢م.

٥- عثمان لبيب فراج، حجم مشكلة المعوقين، بحث مقدم للمؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، ١٩٩٤م.

٦- قانون تأهيل ورعاية المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥.

٧- قانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦.

٨- ماهر أبو المعاطى، سياسة قومية للحد من الإعاقة، بحث مقدم للمؤتمر الرابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، ١٩٨٨.

٩- محمد سيد فهمى، السلوك الاجتماعى للمعوقين - دراسة فى الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٦م.

١٠-محمد سيد فهمى، التأهيل المجتمعى لذوى الاحتياجات الخاصة، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ٢٠٠٦م.

١١-محمد عبدالمنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٧٣م.

١٢-محمود محمد الزينى، الخدمة الاجتماعية للمعوقين، الإسكندرية، دار المطبوعات الجامعية، ١٩٧٣م.

١٣-مصطفى الديوانى، شلل الأطفال إلى أين؟، القـــاهرة، دار المعـــارف، ١٩٧٧م.

١٤-مكتب التربية لدول الخليج العربية، الرياض، ١٩٧٤م.

١٥-منشورات جمعية رعاية مرضى شلل الأطفال بالقاهرة، ١٩٧٩م.

١٦-نشرات الجمعية العامة لمكافحة الدرن بالقاهرة.

١٧-كروم صلاح الدين، الحماية القانونية للمعاقين فى التشريع الجزائـــرى، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية بالقاهرة، العدد ١٤، ٢٠٠٤.

١٨- عادل شاكر وآخرون، الدراسة الوطنية حول الإعاقة عند الأطفال فـــى تونس، مجلة الطفولة والتنمية، المجلـــس العربـــى للطفولـــة والتنميـــة بالقاهرة، العدد الصفرى، ١٩٩٢م.

المراجع الأجنبية:

١٩- Bill Geateart, Learning Disability Education Strategies, U.S.A., ١٩٧٢.

٢٠- Huckstep, Poliomyelites, N.Y., ١٩٧٧.

٢١- Engen Taylor, Rehabilitation and World Peace, N.Y., ١٩٦٠.

٢٢- Jane Campbell and Mike Oliver, Disability Politics, N.Y., ١٩٨٠.

٢٣- Richrd Butter & Gerald Rosenthall, Behaviour and Rehabilitation, London, Billing and Sons, ١٩٧٨.

المواقع الإلكترونية:

- http://www.mosa.gov.sa/portal/cdisplay.php.cid.
- http://ar.wikipedia.org/wiki.
- http://www.sudaneconomy.com/Development/Proverty/dis.
- http://www.amanjordan.org/aman studies/wwwview.php.Art ID.
- http://www,arabspine,net/index,php? Option=com content & task.
- http//www, alwasat, net/modules, php? name = News & file.

المحتويات

تم بحمد الله

رقم الإيداع ٢٠٠٩/١٠٩٧٦

الترقيم الدولى : 2 / 728 / 327 / 977 / 978

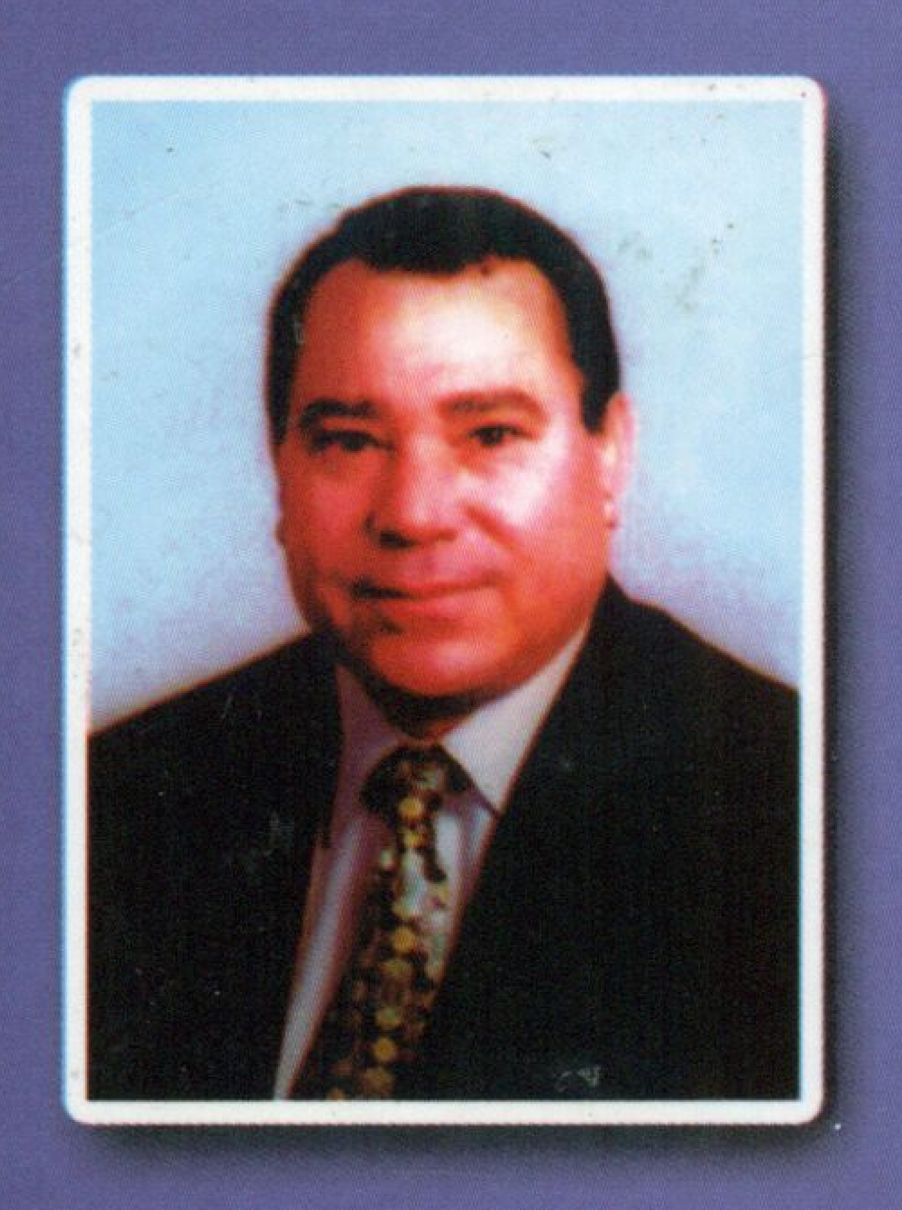
مع تحيات

دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر

تليفاكس: ٥٢٧٤٤٣٨ - الإسكندرية


دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
تليفاكس: ٠٣/٥٣٧٤٤٣٨ الإسكندرية


الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع
تليفاكس: ٠٣/٥٣٧٤٤٣٨ الإسكندرية



صدر عن المؤلف :-

١ - التأهيل المجتمعي لذوي الإحتياجات الخاصة.

٢ - الخدمة الإجتماعية (التطور - الطرق - المجالات).

٣ - التشريعات الإجتماعية بين الواقع والمأمول.

٤ - الفئات الخاصة.

٥ - أطفال في ظروف صعبة.

٦ - المشاركة الإجتماعية والسياسية للمرأة في العالم الثالث.

٧ - تصميم وتنفيذ بحوث الخدمة الإجتماعية.

٨ - الرعاية الإجتماعية الإسلامية.

٩ - فن الإتصال في الخدمة الإجتماعية.

١٠ - رعاية المسنين.

١١ - العولمة والشباب من منظور إجتماعي.

١٢ - الخدمة الإجتماعية العمالية.

١٣ - الرعاية الإجتماعية بين حقوق الإنسان وخصخصة الخدمات.

١٤ - طريقة العمل مع الجماعات بين النظرية والتطبيق (المدخل - الجزء الأول).

١٥ - طريقة العمل مع الجماعات بين النظرية والتطبيق (التحليل - الجزء الثاني).

١٦ - طريقة العمل مع الجماعات بين النظرية والتطبيق (الإشراف - الجزء الثالث).

١٧ - تنمية المجتمعات الجديدة.



